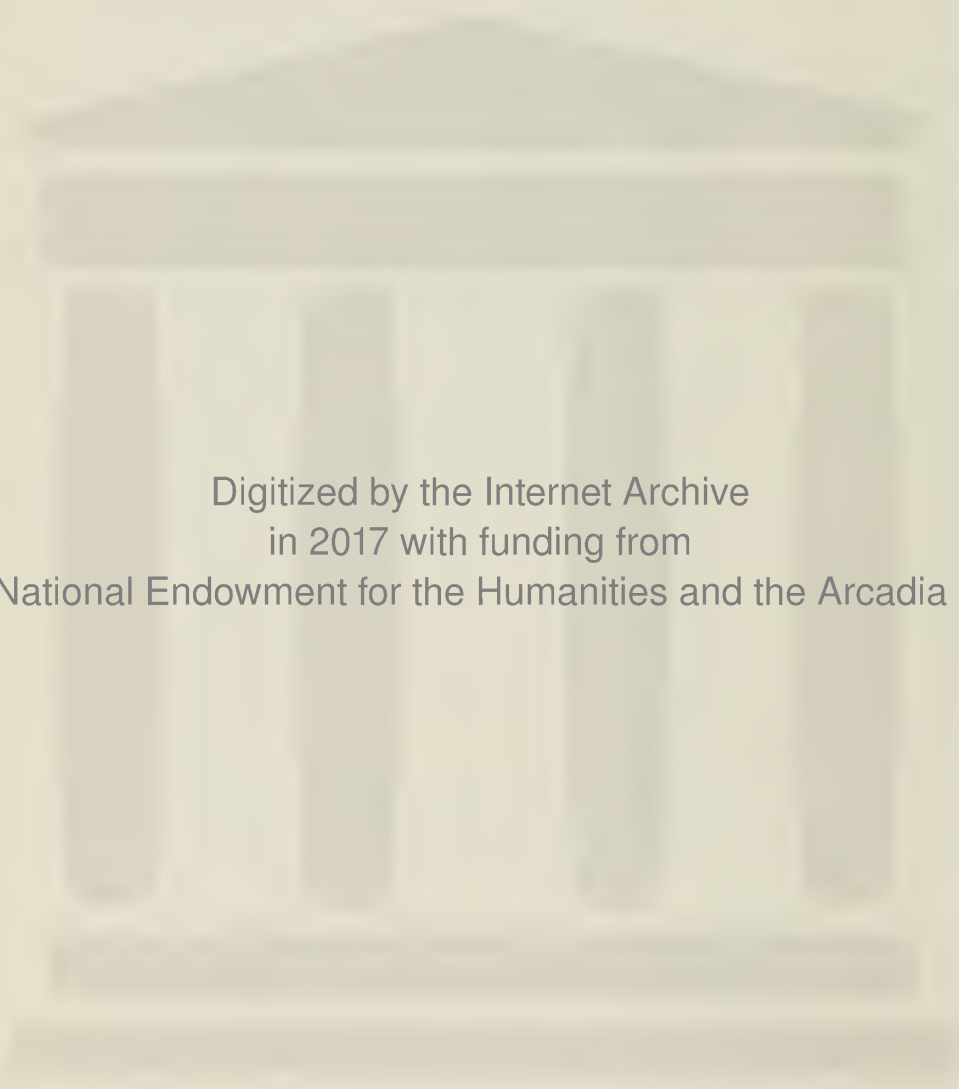
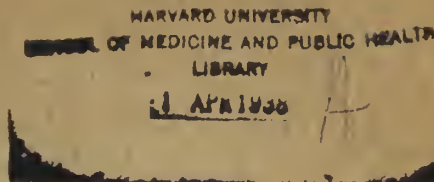


Harvard University
Library of
The Medical School
and
The School of Public Health





Digitized by the Internet Archive
in 2017 with funding from
The National Endowment for the Humanities and the Arcadia Fund



Año XXX

ENERO, 1938.

Núm. 1

BOLETIN
DE LA
ASOCIACION MEDICA DE PUERTO RICO
ORGANO OFICIAL
PUBLICACION MENSUAL

Ave. Fernández Juncos, Parada 19 Santurce, Puerto Rico

Entered as second class matter, January 21, 1931 at the Post Office at San Juan, Porto Rico, under the act of August 24, 1912.

INDICE

	PAGINA
Epidermolisis Bulosa - Presentación de casos, Dr. Alfredo L. Bou, Santurce, P. R.....	1
Enfermedad Celiaca - Algunos aspectos de su tratamiento, Dr. M. Pujadas Díaz, Santurce, P. R.	4
Diagnóstico comparativo - clínica y radiológicamente - de las coleditiasis. Bosquejo del tratamiento de las Colecistopatías, Dres. M. Soto Rivera y J. R. Ramos Mimoso, San Juan, P. R.	9
Preventive Medicine in Prospect, Dr. George W. Bachman, San Juan, P. R.	17
Informe del Presidente de la Asociación Médica de Puerto Rico, Dr. J. H. Font	22
Informe de la Secretaria de la Asociación Médica de Puerto Rico, Dra. Dolores M. Piñero	32
EDITORIAL	
Dr. José C. Ferrer	35
Noticias Médico-Sociales	37

SUSCRIPCION ANUAL TRES DOLARES

Casa Baldrich, San Juan, P. R.

❧ L A S A ❧

PARA LAS ENFERMEDADES DE LAS
VIAS RESPIRATORIAS

FORMULA

300 c. c. de LASA contienen:

Ortoguayacolsulfonato potásico	5 gramos
Jarabe de brea	40 c. c.
Jarabe savia de pino	50 "
Jarabe bálsamo tolú	60 "
Glefina	150 "

ANDROMACHUS CORPORATION

LONG ISLAND CITY, NEW YORK

ENRIQUE VELEZ POSADA

Calle Tanca Núm. 8, Box 1018, San Juan, P. R.

Testikinson (Cole)

EN EL TRATAMIENTO DE

Neurastenia Sexual

Testikinson (Cole), ha producido resultados satisfactorios, en manos de muchos médicos, en el manejo de neurastenia sexual, y otras condiciones asociadas con hipogonadismo en el varón. Su composición fisiológicamente controlada de la estimulante hormona gonad, combinando con los glandulares elementos esenciales, es intentado de reemplazar las hormonas deficientes, y estimular el tejido gonadal que queda indolente.

Testikinson (Cole), no obstante, siendo una combinación razonable y deseable de productos endocrinos potentes, debe ser empleado en conjunción con adyuvantes indicados. Influencia que perturba, debe ser averiguada y corregida, el uso excesivo de alcohol y tabaco se recomienda de eliminar, así, el estado del paciente se mejora en salud general.

Testikinson (Cole), es indicado en neurastenia sexual, impotencia, y la pérdida prematura de la función sexual.

Muestra para ensayo clínico y literatura detallada, enviada a los Sres. Médicos a solicitud.

• • •
COLE CHEMICAL CO. St. Louis Mo. EE. UU.

DISTRIBUIDOR:

ENRIQUE VELEZ POSADA

Calle Tanca No. 8, Box 1018 - San Juan, Puerto Rico

La Historia del OLEUM PERCOMORPHUM DE MEAD

FUENTE NUEVA, NATURAL, ECONÓMICA Y POTENTE DE VITAMINAS A Y D

EL OLEUM PERCOMORPHUM o Aceite de Hígado de Percomorfo, es el fruto de un decenio de investigaciones profundas por parte de nuestro laboratorio de investigación, en busca de un aceite natural más rico en vitaminas A y D que el aceite de hígado de bacalao, y más económico para el enfermo.

La Farmacopea de los Estados Unidos (IX, 1916 y X, 1925), declaró que el aceite de hígado de bacalao era el procedente de hígados de peces de la familia *Gadidae*. Como ésta cuenta con unas 50 especies aparte de la *Gadus Morrhua*, a las más importantes de las mismas dirigimos nuestros primeros estudios. Ocurrióseos también que quizás existiera otra especie o familia u orden de peces con cuyo aceite de hígado pudiera lograrse una mezcla parecida al Oleum Morrhuae pero más rico en vitaminas.

Dirigidos así nuestros estudios hacia otras especies, para 1927 ya habíamos comparado cuantitativamente el valor antirraquítico de los aceites de 15 especies de peces junto con el de otros 11 aceites y grasas, o sea la investigación más minuciosa de fuentes de vitamina D llevada a cabo hasta entonces. Destacábase entre ellas el aceite de hígado del pez llamado "hinchador" con una potencia vitamínica 15 veces mayor que la del aceite de hígado de bacalao. Aunque dicho pez no era obtenible en el comercio, animó sumamente a los investigadores el haber dado con una especie que rendía cantidad tan apreciable de vitaminas.

Habiendo descubierto que, cuanto más magros son los hígados, más rico es el aceite, emprendimos una investigación de todos los peces obtenibles en el comercio así como de especies más raras. A las islas del Pacífico y del Atlántico y a los continentes más lejanos enviamos peritos, y de puertos que jamás habían dispuesto de frigoríficos, obtuvimos hígados refrigerados para nuestros experimentos. Este estudio ictiológico fué interrumpido en el año 1928 cuando introducimos el ergosterol irradiado (Acterol).

En el año 1929 el investigador noruego, Schmidt-Nielsen, comunicó que el aceite de hígado de halibut, (hippogloso) era superior al de bacalao en vitamina A, e investigado el punto entonces lo mismo que ahora opinamos que, si bien el aceite de hígado de halibut señalaba un avance importante, dejaba mucho de desear por representar forzosamente una fuente muy costosa de vitamina D, y de aquí que viniera a usarse principalmente

como vehículo del ergosterol irradiado para suministrar la vitamina A.

Prosiguiendo nuestros estudios, nuestros laboratorios llevaban ultimados allá para 1934 miles de ensayos biológicos con aceites de más de 100 especies diferentes, a fin de determinar sus características vitamínicas. Los resultados, publicados en revistas científicas en enero y abril de 1935, constituían la culminación de un estudio que, sin exagerar, había abarcado todos los mares conocidos.

Recopilados los datos referentes a más de 100 especies, hízose patente que los peces pertenecientes a la orden conocida con el nombre de Percomorphi se distinguen de los demás, en que poseen (casi sin excepción) concentraciones fenomenales de vitaminas A y D; habiendo aceites de percomorfo que acusan 50, 100, 500 y hasta 1,000 veces más vitaminas A y D que el aceite de hígado de bacalao corriente!

Rara vez son los aceites de hígado de Percomorfo igualmente ricos en ambas vitaminas, pero combinados esmeradamente los ricos en vitamina A y los ricos en vitamina D obtiéndose una mezcla aproximadamente 200 veces más rica que el aceite de hígado de bacalao tanto en vitamina A como D. Por ser bastante difícil medir una dosis ordinaria de aceite tan concentrado, lo que hacemos es diluir el aceite de hígado de percomorfo con un volumen aproximadamente igual de aceite de hígado de bacalao.

El producto resultante es el Oleum Percomorphum de Mead, 100 veces más rico que el aceite de hígado de bacalao F.E.U. en ambas vitaminas A y D. Diluyéndolo aún más obtenemos el Aceite de Hígado de Bacalao con Aceite de Hígado de Percomorfo de Mead, 10 veces más potente que el aceite de Hígado de Bacalao F.E.U., tanto en vitaminas A como D. La potencia programa del primero es de 60,000 unidades internacionales de vitamina A y 8,500 unidades internacionales de vitamina D; y la del último, 6,000 unidades internacionales de vitamina A y 850 de vitamina D.

Lo mismo que el aceite de hígado de bacalao representa una mezcla de varias especies del bacalao, el Oleum Percomorphum de Mead es una mezcla de varias especies del percomorfo.* La gran diferencia estriba en que el nuevo producto es 100 veces más potente tanto en vitamina A como D.

El Oleum Percomorphum de Mead se halla disponible en frasquitos de 10cc. y 60cc. y en cajitas de 25 cápsulas de 10 gotas. El Aceite de Hígado de Bacalao con Aceite de Hígado de Percomorfo de Mead se expide en frascos de 90cc. y 480cc.

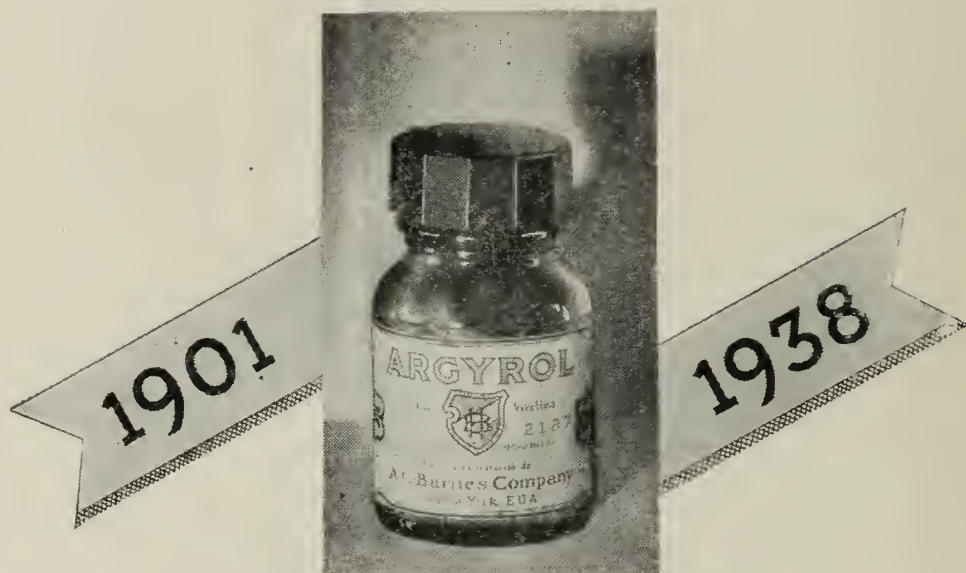
*Principalmente *Xiphias gladius*, *Pneumatophorus diego*, *Thunnus thynnus*, *Stereolepis gigas*, y especies muy afines.

MEAD JOHNSON & COMPANY, Evansville, Indiana, E. U. A.

Muestras y literatura a disposición de los Sres. Médicos.
Enrique Velez Posada, P. O. Box 1018, San Juan, Puerto Rico.

ARGYROL

sigue siendo un compuesto único en su género



Tanto física como químicamente. Argyrol es distinto de todos los demás derivados de la plata. La finura en uniformidad de la dispersión coloidal de la plata es incomparable. La proteína especial es única. Sus grados de pH y pAg son característicos, y las propiedades bactericidas y la experiencia clínica son materialmente diferentes.

POR LO TANTO ES INDUDABLE QUE ARGYROL ES UN COMPUESTO UNICO!

Una de las propiedades sobresalientes

y reconocidas del Argyrol es su acción peculiar, sedativa y calmante del dolor y la inflamación. Además supera en su efecto detergente y en nuestra opinión es la más estable de todas las soluciones salinas de plata.

Las pruebas hechas repetidamente en la práctica de su profesión por millares de médicos en todo el mundo y durante largos periodos de tiempo, demuestran que estas cualidades son características sólo de Argyrol. Asegure sus resultados especificando Barnes, invariablemente.

S38A1

Argyrol es fabricado solamente por A. C. BARNES



A. C. BARNES COMPANY, INC., NEW BRUNSWICK, N. J.,
DESDE HACE 35 AÑOS, FABRICANTES EXCLUSIVOS DEL ARGYROL Y EL OVOFERRIN
"Argyrol" es un producto de marca registrada, propiedad de A. C. Barnes Co., Inc.

TERAPIA MODERNA



No obstante que el aceite mineral ha sido generalmente aceptado por la profesión médica como de gran utilidad en el tratamiento del estreñimiento, un gran paso hacia adelante ha sido dado por los laboratorios Petrolagar al emulsionar el aceite mineral con el agar-agar.

El Petrolagar se mezcla con el agua mientras el aceite no, y porque el Petrolagar se mezcla con el agua es más fácil para tomar y más eficaz en producir evacuaciones grandes y suaves. El Petrolagar tiene mucho menos tendencia hacia el escurrimiento que el aceite mineral.

Petrolagar

Distribuidores: CASTAGNET & CASTILLO CO. - P. O. Box 618, San Juan, P. R.

Controla

TEMPERATURA FEBRIL,
CONGESTIÓN E
INFLAMACIÓN



EFECTOS antipiréticos y analgésicos definitivos y seguros pueden ser obtenidos sin el peligro de trastornos gástricos, con aplicaciones locales de la "super-cataplasma."

NUMOTIZINE

Numotizine produce el efecto total del emplasto de caolín—proporciona calor local y disipa la congestión. Además, debido a sus efectos sistemáticos cuando son absorbidos sus ingredientes medicinales guayacol y creosota, ayuda a mantener bajo control la temperatura febril.

Por sus efectos locales y sistemáticos, use Numotizine en casos de resfríos profundamente arraigados, gripe y otras afecciones de las vías respiratorias. Puede usarse con la camisa para pulmonía, y también para aliviar el dolor y la congestión en forúnculos, inflamación glandular y torceduras.

NUMOTIZINE, INC.

900 NO. FRANKLIN STREET

CHICAGO, ILL., E. U. A

Distribuidores Exclusivos en P. R.: ROBE T & SANTINI, INC.
Avenida Ponce de León 250 - San Juan, Puerto Rico.

Directiva, Consejo y Comités de la Asociación Médica de Puerto Rico

Año 1938

Directiva

Dr. José C. Ferrer	Presidente
Dr. Oscar Costa Mandry	Vice-Pres.
Dr. José Chaves	Secretario
Dr. Antonio Ortiz	Tesorero

Consejo

Dr. Félix Alfaro Díaz
Dr. M. Guzman Rodríguez
Dr. M. Pujadas Díaz

COMITES

Científico

Dr. Jorge del Toro
Dr. J. Rodríguez Pastor
Dr. Enrique Koppisch
Dr. Manuel Astor
Dr. José Chaves

Junta Editora

Dr. E. Martínez Rivera
Dr. Leopoldo Figueroa
Dr. Pedro S. Malaret
Dr. David E. García
Dr. J. Noya Benítez
Dr. L. Gaetan Roberts

Legislación

Dr. Leopoldo Fgiueroa
Dr. Blas Herrero
Dr. P. Morales Otero

Hospitales

Dr. Arsenio Comas
Dr. Leopoldo Figueroa
Dr. M. de la Pila Iglesias
Dr. Francisco M. Susoni
Dr. Basilio Dávila
Dr. E. Fernández García

Salud Pública y Beneficencia

Dr. E. Garrido Morales
Dr. Blas Herrero
Dr. Pedro S. Malaret
Dr. William R. Gelpí
Dr. Abel de Juan

Tuberculosis

Dr. E. Fernández García
Dr. M. F. Godreau
Dr. J. A. Franco
Dr. Jacob Smith
Dr. Jacobo Simonet
Dr. José R. Vivas
Dr. J. A. Amadeo

Sección en Medicina

Dr. M. Pavía Fernández
Dr. Ramón M. Suárez
Dr. Henry P. Colmore
Dr. Juan A. Pons
Dr. José N. Gándara
Dr. Carlos E. Timothée
Dr. Mario Juliá

Sección en Cirugía

Dr. R. López Nussa
Dr. Jorge del Toro
Dr. M. Díaz García
Dr. Jenaro Barreras
Dr. J. H. Font
Dr. Luis A. Passalacqua
Dr. F. G. Irwin
Dr. José Noya Benítez
Dr. Guillermo Barbosa
Dr. J. A. López Antongiorgi

Cáncer

Dr. R. López Nussa
Dr. Pedro Perea
Dr. Alfredo L. Bou
Dr. Guillermo Barbosa
Dr. Arturo L. Carrión
Dr. José Landrón
Dr. G. Ruiz Cestero

Historia de la Medicina

Dr. M. Quevedo Báez
Dr. José S. Belaval
Dr. M. Gumán Rodríguez

Biblioteca

Dr. A. Martínez Alvarez
Dr. A. Fernós Isern
Dr. Ramón Lavandero

Propaganda

Dr. Ramón Berrios
Dr. J. Garrido Collazo
Dr. E. García Cabrera
Dr. H. F. Carrasquillo
Dr. Osvaldo Goyco

Mortalidad Infantil

Dr. Ramón M. Suárez
Dr. Fernando de Juan
Dr. A. Otero López
Dr. Pedro Rivera Aponte
Dr. E. Costas Purcell
Dra. Josefina Villafaña

Medicina Forense

Dr. Enrique Koppisch
Dr. M. Guzman Rodríguez
Dr. José D. Jiménez
Dr. Arsenio Comas
Dr. Mario C. Fernández
Dr. Luis M. Morales

Reglamento

Dr. José S. Belaval
Dr. Juan A. Pons
Dr. Walter A. Glines
Dr. R. Rodríguez Molina
Dr. Luis R. Moczó

Medicina y Cirugía Industrial

Dr. Guillermo Arbona
Dr. Natalio Bayonet
Dr. Pablo G. Curbelo
Dr. Nestor de Cardona
Dr. J. F. González
Dr. César Domínguez

Finanzas

Dr. Arsenio Vallecillo
Dr. David E. García
Dr. V. Font Suárez
Dr. Pedro J. Zamora
Dr. J. L. Montalvo Guenard

Seguro Médico

Dr. J. H. Font
Dr. J. M. Santiago
Dra. Dolores M. Piñero
Dr. F. Sánchez Castaño
Dr. Ricardo F. Fernández

Comité de Enfermedades Venéreas

Dr. E. García Cabrera
Dr. Ernesto Quintero
Dr. Luis A. Sanjurjo
Dr. Julio E. Colón
Dr. Natalio Bayonet
Dr. Pablo G. Curbelo

BOLETIN DE LA ASOCIACION MEDICA

DE PUERTO RICO

PUBLICADO MENSUALMENTE BAJO LA DIRECCION DE LA JUNTA EDITORA

Año XXX

ENERO, 1938.

Núm. 1

EPIDERMOLISIS BULOSA

PRESENTACION DE CASOS *

ALFREDO L. BOU, M. D.

Santurce, P. R.

Epidermolisis Bulosa, también conocida por Acantosis Bulosa y Pénfigo Congénito, es una distrofia cutánea, más bien que una enfermedad, muy rara, hereditaria, con más frecuencia familiar y ordinariamente congénita, pero pudiendo manifestarse en la segunda infancia, e incluso más tarde. Deseo someter a ustedes dos casos que últimamente se presentaron en mi oficina, pues aunque en la literatura médica se habla mucho de éstos, es ella una de las enfermedades que aún el dermatólogo ve con menos frecuencia.

Pittman, en el British Journal of Dermatology, 1903, ofrece un buen ejemplo de la transmisión hereditaria de esta enfermedad. El primer caso, una niña de 13 años, quien después de casada tuvo 10 hijos, dos de éstos padecieron la enfermedad; de estos dos pacientes, uno tuvo 14 hijos, de los cuales dos de éstos, varón y hembra, también sufrieron la enfermedad. La hembra tuvo luego 5 hijos, de los cuales 4 resultaron afectados, mientras el varón tuvo a su vez dos hijos, ambos padeciendo de igual

modo. Valentine, Engman, Bower, Wende y Mook han citado también casos demostrando la transmisión hereditaria.

Existen dos formas de esta enfermedad: la simple y la distrófica. En la forma simple, las bulas se levantan de cualquier irritación o ligero traumatismo; las lesiones comienzan en la infancia y algunas veces desaparecen en la adolescencia; se presentan en cualquier parte del cuerpo, y cuando desaparecen puede dejar un pigmento temporal, pero ningún cambio permanente, y las mucosas casi nunca son invadidas. En la forma distrófica las lesiones generalmente aparecen en las extremidades, en las coyunturas, rodillas, pies, codos, manos, y como en la otra forma, causada por fricción o traumatismo; las lesiones a menudo son hemorrágicas; pueden existir cicatrices y pigmentación sobre la parte irritada, y la dermis sobre las coyunturas muestra algunos cambios atróficos; las uñas sufren cambios distróficos y a veces son destruidas por completo; las mucosas, especialmente la boca y la lengua, pueden presentar bulas, luego áreas infiltradas o erosiones de Leucoplasia. Klausner reporta erosiones recurrentes en la lengua

* Trabajo leído en la asamblea anual de la Asociación Médica de P. R., celebrada durante los días 17, 18 y 19 de diciembre de 1937.

de un paciente en quien, a la edad de 25 años, se le desarrolló un carcinoma en ella. La enfermedad dura indefinidamente. Aunque esta enfermedad casi siempre comienza en menores de dos años, Ormsly cita dos casos, uno de los cuales presentó lesiones típicas a la edad de 37 años. Esta forma se considera como adquirida, pero en nada se diferencia de la forma hereditaria.

Los dos casos que tengo el gusto de presentar a ustedes son los únicos entre diez hijos y no he podido comprobar su transmisión hereditaria; aparentemente nadie sabe si algún otro miembro de la familia ha sido afectado. Tienen 26 y 25 años de edad, respectivamente, y la enfermedad ha existido desde el nacimiento. Ambos presentan un exceso de pigmentación en las partes descubiertas y más castigadas por el sol. El hombre trabaja en la agricultura y las lesiones, por consiguiente, son en las manos, codos, cara y rodillas; cualquier fuerte trabajo manual le produce una ligera hemorragia en la parte irritada, y luego las ampollas se desarrollan. Existe también en él una distrofia en las uñas de los pies y en el pene, el glans está enteramente cubierto por una piel fina y perforado solamente en el meatus y ésto después de una meatotomía; en la cara, manos y rodillas se notan atrofia, cicatrices, hiperpigmentación, con la piel en estos sitios muy fina, eritematosa, poco elástica, y con dilatación de las venas superficiales.

La mujer también presenta estos síntomas, aunque no tan marcados. Su oficio es costurera y las lesiones por consiguiente se encuentran en las manos, codos y rodillas; no se nota tampoco trofoderma, pero la pigmentación en la cara y manos es excesiva.

Ha sido imposible estudiar estos casos sobre la base del metabolismo, y desconozco cualquier cambio en la química de la sangre. Solamente sabemos que la reacción de Wasserman y la precipitación de Kahn son negativas en ambos; la sangre demuestra una anemia secundaria con un 70% de hemoglobina y una baja en los glóbulos rojos; el conteo diferencial es normal.

Patología y Etiología:—

Existen diferentes opiniones sobre la patogénesis de esta enfermedad; algunos autores la consideran como una angioneurosis, otros como una trofoneurosis, algunos como una dermatitis, y recientemente se atribuye a una pérdida congénita de los tejidos elásticos. Elliot encuentra que las bulas están situadas profundamente con toda la epidermis cubriéndolas y la papilar del corium como base; la papila demuestra mucho edema y existe una dilatación marcada de las venas, pero sin infiltración celular perivascular; en la región subpapilar, sin embargo, existe edema como también infiltración celular perivascular; las células son mayormente leucocitos con mucho tejido conectivo. En la forma más benigna de la enfermedad las bulas pueden ser superficiales y sin ningún cambio inflamatorio. Elliot deduce que este proceso es inflamatorio en el cual la formación de las bulas son causadas por la exudación serosa de un individuo con irritabilidad marcada del sistema cutáneo vasculoso, bien sea adquirida o hereditaria; también existe una gran predisposición del individuo y excesiva reacción de las venas o una irritación externa, con el consiguiente derrame de una gran cantidad de exudación serosa que penetra el rete empujándolo en la parte menos resis-

tente y formando la bula. Engman y Mook encuentran una ausencia congénita del tejido elástico, no solo en las lesiones, sino en partes no afectadas y por eso sugieren que la enfermedad es producida por la ausencia de tejidos elásticos, bien sea hereditaria, congénita o adquirida. Guy encontró un Timo persistente en tres casos y sugiere que existe un síndrome poliglandular congénito, con cambios cutáneos.

Esta enfermedad nunca ofrece dificultades para el diagnóstico, aunque algunas veces, raras por cierto, puede confundirse con un pénfigus. Una observación cuidadosa, sin embargo, demuestra que en esta última enfermedad la bula se presenta espontáneamente. En epidermolisis bulosa la distribución e irritación que preceden a la lesión, y

su carácter congénito, marcan un cuadro típico.

Tratamiento:— Ninguna clase de tratamiento ha afectado el progreso de esta enfermedad; las lesiones deben ser atendidas según sea indicado y debe hacerse lo posible para proteger al paciente de traumatismo. Arsénico, extracto suprarenal, y otros medicamentos han sido usados sin resultado alguno, y por consiguiente la profilaxis debe tener muy cuidadosa consideración.

Esta enfermedad rara vez desaparece, aunque se dan raros casos de haber desaparecido en la adolescencia. Debe tenerse especial cuidado en el empleo de las manos, cuando existan lesiones activas, pues pueden resultar cambios atróficos.

ENFERMEDAD CELIACA

ALGUNOS ASPECTOS DE SU TRATAMIENTO *

M. PUJADAS DIAZ, M. D.

Santurce, P. R.

I. Introducción:

La importancia que tiene para nosotros el estudio de cualquier aspecto de la enfermedad celiaca es indiscutible, por cuanto bien sabemos que dicho proceso patológico, ocurre con demasiada frecuencia en nuestros niños con resultados funestos para su desarrollo físico y su salud en general.

Toda investigación orientada a determinar la causa concreta y específica de la enfermedad que nos ocupa ha fallado en dar las conclusiones aceptables por todos, que pudieran esperarse. Los investigadores más recientes aceptan que en "celiac disease" las grasas son digeridas pero muy mal absorbidas, que los hidratos de carbono también son digeridos y lentamente absorbidos, no así las proteínas en que la digestión y absorción se efectúan en todo momento normalmente. Lo cual hace que la enfermedad celiaca sea tenida como un disturbio típico de absorción intestinal y movilidad gastrointestinal. Esto es, una enfermedad de nutrición con períodos de "steatorrhea" cuando las grasas alcanzan un alto porcentaje en el intestino y con períodos de diarrea fermentativa cuando los hidratos de carbono son los

que alcanzan dicho alto porcentaje. De ahí que el tratamiento rutinario hasta el presente haya sido el de suministrar una dieta alta en proteínas. A esta dieta ciertos investigadores han agregado últimamente los guineos para permitir lo que ellos llaman: "a normal carbohydrate diet", tomando en consideración que los guineos, los cuales contienen mucha azúcar invertido (invert sugar) se absorben más rápidamente que los carbohidratos que contienen poca o ninguna azúcar invertido.

Si tenemos en cuenta la difícil absorción de hidratos de carbono y grasas en "celiac disease" y el hecho por todos conocidos del excesivo uso de tales alimentos en Puerto Rico, por sobre el uso de las proteínas, por cuestiones económicas y hasta por costumbre rutinaria, no es para alarmarnos el sinnúmero de casos de "celiac disease" que con frecuencia acuden a nuestros consultorios con la clásica sintomatología de:

1.—Enorme abultamiento del vientre y emaciación exagerada de la región glútea y extremidades.

2.—Deposiciones pálidas de tamaño enorme conteniendo de un 40 a 80% de grasas digeridas, pero no absorbidas.

3.—Disturbio marcado en el peso y estatura.

4.—Atraso en la conversación y precocidad en la comprensión.

* Trabajo leído en la asamblea anual de la Asociación Médica de P. R., celebrada durante los días 17, 18 y 19 de diciembre de 1937.

5.—Curva anormal (flat) de la glucosa sanguínea.

6.—Anemia secundaria.

Me ha parecido pues, de gran interés presentar ante vuestra consideración al menos un caso para no hacer muy largo este trabajo, seleccionado de entre los muchos que acuden a la Clínica de Medicina Tropical, de esta enfermedad, tratados con resultados satisfactorios, de modo distinto al sistema anteriormente empleado y ya de todos conocidos: dieta alta en proteína y guineos, y acaso medicación anti-anémica.

II. Material y método:

Este estudio incluye solo un caso seleccionado de entre un grupo de cerca de 25 casos observados por mí durante los dos últimos años en la clínica de niños del Hospital de la Universidad y en mi consultorio particular en Santurce.

Los pacientes observados son indistintamente varones y hembras, oscilando el mayor número entre las edades de 2 a 6 años y procedentes del distrito de San Juan.

Se llevaron a cabo exámenes de sangre, orina, excreta y rayos X, además de un minucioso examen físico en que se anotara con marcado interés estatura y edad. A la determinación de la curva de la glucosa sanguínea, de la eliminación de orina durante el día y la noche y al estudio fluoroscópico del canal gastrointestinal se dió atención especial.

Los contajes globulares fueron hechos a través de la técnica usual por medio de aparatos certificados. La hemoglobina en gramos y por porcentaje por el aparato de Sahlis, 100% de hemoglobina, siendo considerada equivalente a 14.5 gramos de hemoglobina por

100cc de sangre. En lo que a la excreta respecta se llevaron a cabo las siguientes pruebas: Método de flotación de Willis y el de sedimentación y concentración para Schistosomiasis.

III. Presentación de casos:

R. S. - 5 años de edad, varón, blanco. Historia clínica: Historia pasada: Padres bien de salud. Nació el niño a término completo. El nacimiento fué normal. Tuvo alimentación irregular y deficiente con exceso de grasas e hidratos de carbonos. Reacciones físicas y mentales moderadamente dilatadas. Persistente disturbio gastrointestinal. A veces caracterizada por deposiciones gruesas y de olor ofensivo. Largos períodos de estreñimiento. Períodos febriles irregulares.

Examen físico: Niño débil y anémico con gran abultamiento del vientre y gran emaciación de las extremidades. La auscultación revela una muy débil peristalsis intestinal. Precoz en la comprensión, aunque habla con dificultad. Estatura $36\frac{1}{4}$ "; peso $20\frac{3}{4}$ lbs. Muestra círculos amoratados en los ojos. Presenta tonsilas y adenoides moderadamente sépticas y glándulas cervicales palpables. Corazón y pulmones normales. Bazo e hígado apenas palpables. Genitales normales. Reflejos, normales. Nutrición y desarrollo físico, absolutamente interrumpidos.

Exámenes de Laboratorio: Contajes globulares: Rojos, 2,290,000, Blancos, 3,800; Contaje diferencial: Neutrófilos 34%; Linfocitos pequeños 60%; linfocitos grandes 5%; eosinófilos 1%; monocitos 0. Morfología de las células - microcitosis, anisocitosis, poiquilocitosis, etc. Hemoglobina 49% - 7.10 gramos por 100 cc.

Orina: Unas tenues trazas de albúmina. Indican: muy aumentado. Gravedad específica, 1005 (muy baja). Eliminación: 2/3 del total es eliminado por la noche y 1/3 parte más o menos durante el día.

Excreta: Algunas ovas de ascarides presentes y quistes de E. Coli. Química de la sangre: (determinación de la glucosa). Curva de la glucosa sanguínea: 66 - 70 - 72 - 76.

Estudio radiográfico: fluoroscópico: Reveló que a las 8 horas 1/3 parte del barium se mantenía aún en el estómago, la mayor parte de éste en el colon transverso después de las 24 horas. Nin-

gún barium pasó después de las 48 horas, y una gran cantidad de éste se veía aún en el sigmoide después de las 96 horas.

Diagnóstico: Enfermedad celiaca. Anemia secundaria. Parásitos intestinales. Ligera nefritis. Indicanuria.

Tratamiento: En este caso específico ante nada se llevó a cabo la erradicación de las infecciones focales, incluso los parásitos encontrados.

Terminado dicho tratamiento preliminar, que también incluía tratamiento anti-anémico, se instituyó dieta alta en proteína y guineos (tratamiento rutinario) siendo el resultado el siguiente:

TRATAMIENTO A BASE DE ALTA PROTEINA Y GUINEO

Fecha 1937	7 A. M. peso	7 P. M. peso	Orina densidad	Eliminación diurna en cc.	Eliminación nocturna en cc.
Marzo 20	20%	22¼	1004	130	660
" 21	20½	23½	1005	178	450
" 22	21¼	23¼	1010	380	420
" 23	21	23	1006	250	633
" 24	21	23½	1008	370	475

Otros hallazgos durante los cinco días indicados en la tabla: Dos o tres evacuaciones diarias; peristalsis disminuida. Curva de glucosa: 68 - 70 - 74 - 76. Las 2/3 partes de la orina se eliminaron entre 7 P. M. y 7 A. M. Baja densidad de la orina. Estudio fluoroscópico con el barium mostró gran residuo en el estómago después de las 8 horas, y gran

residuo en el sigmoide después de las 96 horas.

A este mismo caso se agregó después además de una dieta moderadamente alta en proteína, 5 mínimas de pituitaria posterior 2 veces diariamente en forma hipodérmica y 10 gotas de extracto fluido de cáscara sagrada en ayunas a fin de aumentar las peristalsis con el resultado siguiente:

TRATAMIENTO A BASE DE LA DIETA PROTEICA BALANCEADA MAS
PITUITARIA POSTERIOR Y CASCARA SAGRADA.

Fecha 1937	7 A. M. peso	7 P. M. peso	Orina densidad	Eliminación diurna en cc.	Eliminación nocturna en cc.
Abril 1	22½	26	1010	700	300
" 2	23	26¾	1012	750	340
" 3	24	27	1011	800	300
" 4	24½	27	1012	750	270
" 5	25	27¼	1014	850	250
" 6	25¼	27¾	1016	860	200
" 7	26	27¾	1014	870	220
" 8	26	27½	1012	901	220
" 9	26	28¼	1016	900	300
" 10	27	28	1018	940	180

Otros hallazgos durante los 10 días señalados en la tabla: Se observó peristalsis activa. Ganó como 3 libras de peso. La curva de glucosa sanguínea anotó estos valores: 70 - 80 - 90 - 100. El estudio fluoroscópico gastrointestinal mostró al estómago vacío en 8 horas y el canal gastrointestinal vacío en 48 horas. La densidad de la orina recobró su normalidad. La emisión principal efectuóse entre 7 A. M. a 7 P. M. Las deposiciones quedaron reducidas a lo normal. Buen apetito y mejor disposición.

IV. Conclusión:

El caso que acabamos de referir ha sido presentado en su doble aspecto de estímulo a la peristalsis gastrointestinal. En primer lugar solo recibió por 5 días

consecutivos, una dieta alta en proteína más o menos equilibrada con los guineos sin recibir ningún estímulo. Observamos el resultado: La curva de glucosa sanguínea apenas se alteró. El barium mostró gran cantidad de residuos en el estómago después de las 8 horas y en el sigmoide después de las 96 horas. La orina mantuvo su densidad baja y las alteraciones de su emisión se tradujo en 2/3 partes de la orina pasada entre 7 P.M. a 7 A.M. Las peristalsis no aumentaron. Por otro lado el mismo caso estimulado por la cáscara sagrada y la pituitaria posterior durante una prueba de 10 días consecutivos nos presentó un cuadro absolutamente opuesto con excelente aumento de peso, activas peristalsis, etc., etc., y contraindicando así su

progreso en peso y estatura por largo tiempo. Así también todos los demás casos tratados con el mismo procedimiento y que no hemos presentado ante vuestra consideración para poder ajustarnos al tiempo concedido.

Es interesante observar en este ensayo cómo la absorción gastrointestinal normal depende directamente de la movilidad normal gastrointestinal.

En la enfermedad celiaca la movilidad gastrointestinal se ha alterado en alguna forma y por consiguiente la absorción gastrointestinal de todos los factores alimenticios, que incluyen como bien sabemos los hidratos de carbono, grasas, proteínas, sales, vitaminas y agua ha quedado supeditado a las leyes de filtración y osmosis, haciendo que la acumulación del contenido intestinal dilate el canal alimenticio, dando lugar al síntoma característico de esta enfermedad, ya señalado, de un abdomen grande.

En esta enfermedad, pues, el canal gastrointestinal queda convertido en un almacén, podríamos decir en término más o menos vulgar, alojando cantidad enorme de elementos alimenticios digeridos para ser absorbidos gradualmente durante las 24 horas subsiguientes, y en espera de un estímulo peristáltico que produzca una más rápida absorción, según lo demuestran las curvas de la glucosa sanguínea. Partiendo de esta base, debemos aceptar que el tratamiento exige un estimulante peristáltico, administrado diariamente a fin de normalizar la glucosa sanguínea, teniendo en cuenta que es durante el funcionamiento de estas ondas que el metabolismo del sistema hace su reserva de glucosa o producto final de los hidratos de carbono.

Pero hay algo aún más interesante observado por otros y es que el desarro-

llo biológico del sistema sanguíneo mesentérico se desarrolla admirablemente en la presencia de estas ondas peristálticas de suerte que paralizada dicha actividad, la circulación se disminuye ocasionando tal atrofia o estrechez en los vasos que el proceso de absorción selectivo necesariamente debe disminuir.

Una observación interesante en este caso y podríase decir que en los demás ya estudiados también, es la significada atonía de la vejiga manifestada espectacularmente en la pobre eliminación de la orina ocurrida antes del uso de los estímulos usados, lo cual acaso pudiera sugerir la idea de pensar en la causa posible de "celiac disease" como una atrofia de las fibras lisas musculares en un disturbio de inervación del sistema nervioso simpático. Y al comentar las causas de esta entidad patológica no hacemos otra cosa que discurrir como otros tantos, estableciéndose el hecho de que desde la primera descripción de esta enfermedad por Taunner Gee en 1838, se han aceptado sus manifestaciones sin discusión, pero se ha especulado mucho en cuanto a su verdadero factor etiológico.

Este estudio que es preliminar, prometo robustecerlo en ocasión próxima con la presentación de más casos así tratados en la Clínica de niños de Medicina Tropical y en mi consultorio privado con los mejores resultados en lo que respecta al aumento de peso y estatura. Y si ustedes se unieran al ensayo habríamos de contribuir a eliminar el lamentable y triste cuadro de tantos niños que en Puerto Rico afectados de esta dolencia, estacionan su peso, estatura, y desarrollo en general ofreciéndonos el espectáculo de viejos niños, inhabilitados en el mañana de ser útiles a su familia y constituyendo una carga sin provecho a Puerto Rico.

DIAGNOSTICO COMPARATIVO —CLINICA Y RADIOLOGICAMENTE— DE LAS COLELITIASIS

BOSQUEJO DEL TRATAMIENTO DE LAS COLECISTOPATIAS*

M. SOTO RIVERA, M. D.

y

J. R. RAMOS MIMOSO, M. D.

San Juan, P. R.

Si revisáramos las estadísticas de clínicas y hospitales, así como las de las consultas privadas, seguramente encontraríamos que aquí, al igual que en otros países, un muy crecido número de enfermos acude donde el médico buscando alivio para alguna dolencia o síntoma, señalando un trastorno digestivo más o menos crónico.

La contribución más importante de la última década, dice Sutton, es el reconocimiento de que estas indigestiones crónicas tienen su origen en una vesícula biliar enferma. Blackford & Drudger encontraron en una serie de 1650 casos con síntomas gástricos que la causa orgánica más común era una vesícula biliar enferma. Piersol encontró en un estudio extensivo de material de autopsia, que un 60% de los casos pasados de 40 años, tenían cálculos biliares.

Las afecciones de la vesícula biliar son más frecuentes en individuos pasados de los 40 años, y más comunmente en las mujeres que han tenido uno o más embarazos. Los que tuvimos el placer de oír al Dr. Deaver en su famosa clínica del sábado por la tarde en Philadel-

phia, al discutir casos de enfermedades de la vesícula biliar, no podemos olvidar su dictámen: "Beware of female, fair, fat and forty"—sin embargo, la enfermedad de la vesícula biliar no está limitada a determinado tipo; afecta por igual a las rubias, como las morenas; las bajitas como a las altas; las gruesas como las delgadas, y se puede encontrar en cualquier edad. El diagnóstico de un ataque típico de cólico biliar es algo fácil; nada hay más difícil, sin embargo, para diagnosticar, que un caso oscuro de colecistitis crónica. Mucho más cuando estos síntomas pueden señalar otro órgano en la cavidad abdominal y aún fuera de ésta. Ocurren con frecuencia casos con síntomas gástricos en un paciente; diarrea en otros, estreñimiento obstinado y pertinaz en algunos más. Una vesícula biliar enferma puede causar cardio-espasmos, vértigos, ataques típicos de angina pectoris, arritmias, dolores neurálgicos en los hombros, especialmente el hombro derecho y la tan debatida hemicránea; ésto se debe sin duda alguna a su situación anatómica, su íntima relación con otros órganos abdominales y a su sistema de inervación. Debemos recordar que de cada 4 casos que aparecen quejándose de estreñimiento y flatulencia, 3 son causados por una vesícula biliar patológica.

* Trabajo leído en la Asamblea de la Asociación Médica de Puerto Rico, celebrada durante los días 17, 18 y 19 de diciembre de 1937.

La función patológica, dice I. W. Held, no es siempre igual en la presencia de una enfermedad, sin que haya ningún órgano que esté exento; así un paciente que sufre una afección crónica del colon, puede quejarse de estreñimiento, mientras que otro con la misma enfermedad y el mismo grado patológico, puede quejarse de diarreas. Esto indica que para interpretar correctamente los síntomas atípicos hay que tener en cuenta la función patológica.

Los trastornos de la vesícula biliar pueden ser orgánicos o puramente funcionales, estos últimos siempre más difíciles de diagnosticar, ya que el trastorno puede estar limitado a una de las tres funciones de la vesícula biliar, sea de secreción, absorción o la motora. Cuando la causa es orgánica, las tres funciones quedan afectadas. Se explica así, como hay casos con cólicos referidos a la región de la vesícula biliar, defensa muy marcada en el cuadrante derecho superior, náuseas, vómitos, escalofríos y fiebre alta, y un tinte icterico marcado; en los cuales todo hacía pensar en una coleditiasis con enclavamiento de un cálculo en el colédoco, sin embargo al investigar el conteo diferencial de los glóbulos blancos, encontrar plasmodium falciparum, lo que hizo cambiar el diagnóstico y los pacientes curar con quinino.

Hasta el año 1923 el diagnóstico radiológico de la vesícula biliar era muy incierto; con excepción de aquellos cálculos radiopacos típicos, el examen era sólo de un valor indirecto. Fué en este año que Graham, Cole y Copher anunciaron un nuevo procedimiento para el estudio radiográfico de la vesícula biliar. Se basaron ellos en los estudios de Abel y Rowntrel, y demostraron que

usando la sal de sodio tetra-iodo-fenoltaleina, por la vía intravenosa, había suficiente concentración en las bilis de la substancia halógena para permitir la visualización de la vesícula biliar. Llamaron este nuevo método: colecistografía. Steward, Leonard, Antonucci, Kirklin y otros, demostraron más tarde que era posible también usar la vía oral con casi tan buenos resultados.

Otro método de investigación para el diagnóstico de enfermedad de la vesícula biliar es el del estudio de las bilis, obtenido por medio del drenaje biliar, según el método de Meltzer y Lyon. Dice Piersol que la colecistografía y el estudio de las bilis por el drenaje no quirúrgico, constituyen las dos más importantes ayudas que hasta el presente tenemos para el diagnóstico de enfermedad vesicular. El método de Lyon y Meltzer tiene un gran valor terapéutico, y como medio de diagnóstico muchos investigadores lo consideran superior a la colecistografía. Bockus, en 148 casos probados de coleditiasis, encontró que el diagnóstico había sido sugerido en 83.2%, por medio del estudio de las bilis, y solamente se sugirió en 29.2% en la colecistografía. Sin embargo Walter L. Palmer en un estudio de 1398 casos investigados por colecistografía, encontró 192 casos demostrando cálculos con un diagnóstico operatorio probado, de aproximadamente ciento por ciento.

Bockus, Shay, Willard y Pessel ponen mucho énfasis en el drenaje transduodenal de las bilis, encontrando que la presencia de cristales de colesterina y pigmentos de bilirurinato de calcio pueden considerarse como patognomónicos de coleditiasis, y creen que este método es superior al de colecistografía.

No hay duda de que los cristales de coles-terina aparecen en las bilis en mayor o menor cantidad, no así los cristales de bilirurato de calcio que según muchos autores como los antes citados, serían patognomónicos de litiasis biliar. El hecho de encontrarse cristales de bilirurato en drenajes practicados a pacientes colecistectomizados, puso en guardia a Aufretch, quien encontró por estudios patológicos, cristales de bilirurato de cal en las vías biliares pequeñas, y encontró también estos cristales dentro de las células hepáticas, considerándolo como paradigma del infarto úrico del riñón. Si consideramos la teoría de Naunyu sobre la formación de los cálculos biliares, a partir de un núcleo formado por la disociación de la bilirurina y su unión con el ión calcio, segregado por la vesícula biliar enferma, no podríamos aceptar que la presencia de pigmentos, de cristales de bilirurato, en unión a los cristales de coles-terina fueran patognomónicos de cálculos, ya que podría faltar el factor más importante, que es el éxtasis. Nuestra experiencia ha demostrado 8 casos donde existen pigmentos de bilirurato de cal sin síntomas de litiasis biliar y sin demostrar cálculos en las radiografías.

La práctica nos enseña que puede no visualizarse la vesícula biliar en colecistogramas de casos con síntomas imprecisos de indigestiones crónicas, flatulencia, estreñimiento, náuseas y molestia en el cuadrante derecho superior, y luego encontrarse una vesícula biliar normal al ser intervenido el paciente. Held cree que ésto se debe a alteraciones químicas de la bilis que impiden la absorción del agua, y por lo tanto la concentración de la bilis. Cree él que estas alteraciones tienen su origen en el

hígado y que en estos casos la colecistectomía no ha de mejorar al paciente, sino que puede empeorarlo. También con frecuencia se visualiza una vesícula biliar con todas sus características normales en el colecistograma; acusando síntomas el paciente, que determinen una intervención, y tanto el cirujano como el patólogo encontrar evidencia de enfermedad orgánica. En estos casos pudiera ser que el estudio de las bilis demostraran cristales u otras evidencias patológicas. Tenemos en nuestra serie 4 casos por colecistogramas normales y en los cuales el drenaje duodenal de las bilis demostró lamblías intestinales, abundantes en la bilis B; algunos piócitos y abundante moco. Dos casos en nuestra serie en los cuales el drenaje biliar no acusaba cambios patológicos y en los cuales los colecistogramas aparecían normales, que creemos explican el fenómeno de disquinesia. Nos referiremos a estos casos más adelante.

Ha sido nuestro propósito, sin pretensiones de ningún género, y aún admitiendo que pueden haber lagunas en nuestra investigación, comparar aquí los resultados de estos dos métodos, y ver como se comparan con las estadísticas de Rehfus, Lyon, Mayo, Meltzer, Naunyu, Chauffard y Boardman. A tal efecto y como estudio preliminar, presentamos una serie de 75 casos. El estudio microscópico de las bilis fué hecho en el mayor número de estos casos por uno de nosotros (Dr. Ramos Mimoso) y también nos prestó su valiosa cooperación el distinguido compañero, doctor Francisco Hernández. De estos 75 casos, catorce demostraron cálculos y otras evidencias radiográficas de patología vesicular; 7 casos sin evidencia

de cálculos y en los cuales no se visualizó la vesícula biliar; 10 casos con una muy pobre visualización de la vesícula biliar; 44 casos con vesículas biliares normales, en cuanto a forma, posición y tamaño, densidad intensa y uniforme, vesícula compresible y movable. El resultado del estudio del drenaje biliar fué como sigue:- de los 14 casos con evidencia de cálculos, 7 demostraron abundantes cristales de colesteroína y bilirurato de calcio; algunos de leusina y de tirosina y abundantes células epiteliales y leucocitos; 6 casos, bastantes cristales de colesteroína, algunos de bilirurato de calcio, leucocitos y células epiteliales abundantes. Uno, muy pocos cristales de colesteroína, algunos leucocitos y pocas células epiteliales. Los 7 casos de no visualización de la vesícula biliar, demostraron todos cristales de colesteroína, algunos de bilirurato, células epiteliales y leucocitos en abundante cantidad. Los 10 casos de pobre funcionamiento presentaron lo siguiente:- 5 casos, cristales de colesteroína abundantes, pocos de bilirurato de calcio, bastantes leucocitos y mucho moco. 3 casos, cristales de colesteroína, moco y algunas células epiteliales y leucocitos; y 2 casos en los cuales no se encontraron cristales de colesteroína o de bilirurato de calcio. Los 44 casos de vesícula biliar normal en los colecistogramas, el estudio de las bilis fué como sigue:- 4 casos, abundantes cristales de colesteroína, bastante de leusina y tirosina, leucocitos y células epiteliales abundantes; 5 casos, algunos cristales de colesteroína, ninguno de bilirurato, muy poco de leucina, algunas células epiteliales y algún moco; 8 casos, bastantes cristales de bilirurato, ninguno de colesteroína, algunos cristales de leucina y tirosina, algunas células epi-

teliales y algún moco; 4 casos en los que no se encontraron cristales de colesteroína, dieron bastante moco, células epiteliales abundantes, alguno que otro cristal de calcio, bilirurato y lamblías intestinales. En los 23 casos restantes se encontraron alguno que otro cristales de colesteroína, de tirosina y de leucina, ninguno de bilirurato de calcio, muy pocas células epiteliales y algunos leucocitos. Permítaseme citar dos casos de la serie en los cuales la visualización de la vesícula biliar fué normal, ya que según nuestra interpretación, explica, el fenómeno de inversión inversa.

Paciente J. G. F., edad 48 años, blanco, quien meses antes se había tratado de anemia perniciosa, ingresó en el Sanatorio en Junio 12 de 1935, con un cólico biliar muy severo, y el cual requirió para aliviarse, dos inyecciones de sulfato de morfina de $\frac{1}{4}$ gr., ésta última combinada con $\frac{1}{125}$ gr. de atropina. Días después de pasado el cólico se procedió a un estudio completo del aparato digestivo, incluyendo la vesícula biliar, por el método de Graham. El colecistograma reveló una vesícula biliar normal, sin evidencia de cálculos radiopaco o radiotrasluciente. Hubo evidencia de colitis en el aparato digestivo; lo demás fué negativo. El estudio del drenaje de las bilis reveló lo siguiente.

Bilis A-piocitos abundantes, bacteria muchas; células epiteliales muy pocas. Bilis B-algún moco, pocos piocitos y pocas células epiteliales, alguno que otro cristal de colesteroína. La prueba de Van den Bergh- directo, negativo; indirecto, normal; índice icterico, 3.60; jugo gástrico, aclorhidria; excretas, negativo para sangre oculta; orina, ligeras

trazas de albúmina y pocos cilindroides. Wasserman y Kahn, negativo en la sangre, y en el líquido céfalloorraquídeo; los exámenes de la sangre, repetidos, revelaron que el paciente había mejorado de su anemia perniciosa. ¿Cuál fué entonces la causa de su cólico biliar?

Segundo caso: J. O. M., 48 años de edad, blanco, ingresó en el Sanatorio el 9 de agosto de 1937, con trastornos que señalaban al aparato digestivo, además ligero dolor y molestia en el cuadrante derecho superior. Estos trastornos los venía sintiendo desde dos meses antes de su ingreso en el Sanatorio. Un estudio del aparato digestivo resultó negativo; las colecistografías demuestran una dilatación de la vesícula biliar, sin evidencia de cálculos. El estudio de las bilis demostró lo siguiente: Bilis A-piocitos y células epiteliales pocas; Bilis B-células epiteliales y piocitos pocos, no había cristales. Glóbulos rojos normales; glóbulos blancos, 10,300; diferencial: polinucleares, 60; linfocitos pequeños, 32; monocitos, 6; eosinófilos, 2. Excreta-negativo para parásitos intestinales, alimento bien digerido. Wasserman y Kahn, negativos en la sangre. El paciente continúa mejorando con los drenajes no quirúrgicos de la vesícula biliar.

En el año 1903, Kruremburg describió un caso de cólico biliar en el cual al ser intervenido, no encontró cálculos, ni tampoco evidencia de colecistitis. En el año 1909, Ashoff y Bushmeister describieron casos similares con éxtasis biliar, los cuales clasificaron como disquinesia; diferenciando dos tipos, el hipertónico y atónico, y en los que sólo la túnica muscular de la vesícula biliar había sufrido cambios sin inflamación y sin cálculos. Meltzer

aplicando la ley de inervación inversa, llegó a la conclusión que una contracción de la vesícula biliar produce relajamiento del esfínter de Oddi, mecanismo por el cual se efectúa el derrame de las bilis en el duodeno; y sugirió el sulfato de magnesia para provocar el relajamiento de este esfínter; lo que sirvió de base a Lyon para sus clásicos trabajos acerca del drenaje biliar. Ivy y Westphal demostraron experimentalmente, que usando secretina y colecistiquina, podían estimular la vesícula biliar hasta causar cólicos biliares severos, simulando una enfermedad orgánica.

RESUMIENDO: De los 14 casos de cálculos biliares en colecistograma, 94% demostraron cristales de colesteroína y bilirurinato de calcio, 100% de colesteroína. De los 7 casos de no visualización, 70% demostraron abundantes cristales de colesteroína y bilirurinato de calcio. De los 10 casos de pobre visualización, 50% demostraron bilirurinato de calcio y colesteroína, 80%, casos de cristales de colesteroína y el 20% negativo.

De los 44 casos de vesículas biliares normales en los colecistogramas, 39% abundantes cristales de colesteroína; 2% de bilirurinato y el 59% negativo.

De lo que se infiere: (1) que ambos métodos de investigación debieran siempre usarse para un mejor estudio de los casos. (2) Que en los casos de colelitiasis el método radiográfico resulta superior a la intubación duodenal. (3) En los casos de colecistitis no calculosa, es preferible el método de intubación; en los casos dudosos deben usarse ambos métodos, acompañados siempre de un buen sentido clínico, para llegar a una buena conclusión de diagnóstico. (4) Que am-

bos métodos son de un gran valor para establecer el tipo de enfermedad vesicular presente, indicando el procedimiento a seguir y controlar así los resultados de la terapéutica. Presentamos 4 casos de lamblías en los cuales la colecistografía y el estudio cristalográfico de las bilis fué negativo. Dos casos con radiografías y bilis negativas y que a nuestro entender, ilustran la disquinesia biliar, hipertónica y atónica.

Con fines de diagnóstico, mirando hacia el tratamiento, es clásico dividir las colecistopatías en calculosas y no calculosas. Esta última condición, a su vez, se divide por su etiología y patogenia en metabólicas, infecciosas y disquinéticas, (atónicas e hiperquinéticas para unos, y atónicas solamente, para otros). Todas, desde el punto de vista del tratamiento, las podríamos encajar en la clasificación de colecistopatías quirúrgicas y colecistopatías no quirúrgicas.

El problema de la cirugía en la colecistopatía es real. Si consideramos como lo hacen los franceses. —Chauffard principalmente: la colecistitis como el resultado y no como la causa de los trastornos— nos encontramos que las más de las veces, la intervención no sería del todo curativa, pues quedaría en toda su potencialidad la causa productora de la enfermedad del colecisto y de las vías biliares, dando por consiguiente esos resultados tan mediocres que se observan, según las estadísticas más notables, en el 50% de los casos.

No vamos a entrar en una discusión de este asunto, pero para nosotros son indicaciones de intervención, las siguientes condiciones: (1) empiema, (2) gangrena, (3) neoplasias, (4) obstruc-

ción permanente del colédoco (5) cólicos repetidos por migraciones de cálculos a partir del colecisto, (6) perforación de la vesícula biliar, y aquellos otros casos que sometidos a un tratamiento médico apropiado, no mejoran ni subjetiva ni objetivamente, apesar del tratamiento, en un tiempo razonable, en individuos que su condición social nos lo exige.

Llegado el momento de practicar una operación sobre la vesícula biliar, preferimos la colecistectomía, porque remueve con el colecisto, dos de los factores de mayor importancia en la litiasis, a saber: la infección local y el éxtasis. Por razones aún no muy claras, en un gran por ciento de las vesículas biliares abiertas y no extirpadas, el funcionamiento de ellas es tan pobre que casi podríamos considerarlo como nulo, con el inconveniente de la persistencia de un gran foco. Personalmente no estamos inclinados a recurrir a la cirugía con mayor frecuencia de la antes expresada, pues, ¿Quién garantiza la desaparición de las molestias, totalmente, o que éstas no se reproduzcan, al igual que los cólicos? ¿Es que la operación de la vesícula biliar no tiene una mortalidad bastante elevada?

Las estadísticas de Mackey, Graham, Stanton y Palmer en una serie de numerosos casos seguidos después de la intervención encontraron: 1ro. Que en aquellos casos en los cuales había una vesícula biliar que no permitía la visualización radiográfica con la prueba de Graham los síntomas de trastornos funcionales de los cuales los pacientes se quejaban antes de la operación persistieron y en un gran número de casos se agravaron. 2do. En aquellos casos de colecistitis calculosa pero con un

buen funcionamiento con la prueba de Graham y en los cuales habían ocurrido cólicos biliares éstos desaparecieron después de la colecistectomía, pero los pacientes empezaban a quejarse de trastornos e indigestiones crónicas que antes no sufrían. Un estudio llevado a cabo por Brown en su clínica de Johns Hopkins Hospital encontró que veinticinco por ciento de los pacientes operados regresaron con los mismos o diferentes síntomas, y se pregunta Brown ¿por qué es eso? Si hemos diagnosticado, dice Brown, un caso de vesícula biliar, es sabio operar, “hacia qué lado se inclinaría la balanza en cuanto a la ventaja o desventaja de la operación? ¿Cuál es la operación que debe hacerse? Es posible que nos hayamos ido muy lejos hacia una operación “Colecistectomía”. ¿No hay ciertos casos con infección difusa en el hígado o en el trayecto biliar donde una colecistostomía con drenaje por algún período de tiempo o aún una colecistogastrotomía podría conseguir que el hígado volviera a funcionar bien?

En términos generales e independiente de los métodos quirúrgicos, están a nuestro alcance, para el tratamiento de las afecciones de las vías biliares y colecisto, los siguientes recursos: (1) una dieta apropiada, (2) el uso de la sonda duodenal, (3) drogas medicamentosas, (4) medidas higiénicas, y (5) fisioterapia.

De todas las medidas a nuestro alcance, consideramos fundamental la dieta. Esbozándola en términos generales, debemos usar en los casos de colelitiasis y de trastornos del metabolismo de la colesteroína, una dieta pobre en colesterol. Son alimentos ricos en colesteroína, la yema del huevo, la carne

de cerdo y muchas de las grasas que repelen los enfermos de la vesícula biliar. En las colecistopatías infecciosas, no calculosas, preconizamos, fuera del período agudo, una dieta balanceada, pobre en colesterol, pero no con tendencia absoluta a su eliminación de la dieta. No hay que olvidar que los alimentos que contienen colesterol son casi todos ricos en el factor vitamínico A, considerado como anti-infeccioso. En la colecistopatía atónica, tenemos que considerar el dar estímulo a la vesícula biliar, y si tenemos en cuenta que las grasas son el mayor estimulante de la contracción vesicular, es obvio el pensar que esta dieta sería rica en grasas y por lo tanto balanceada con los otros principios inmediatos.

De gran ayuda es la sonda duodenal. Está contraindicada en los períodos agudos de colecistopatía, con o sin litiasis, pero pasada la crisis, es de gran utilidad en la colecistopatía infecciosa, en la colecistopatía atónica y en algunas colecistopatías calculosas, siempre y cuando que en esta última, se use con discreción, pues se ha visto el caso de la agravación de los síntomas, y del enclavamiento de algún cálculo, debido al uso indebido de la sonda duodenal. No solo nos sirve esta sonda para el tratamiento de las vías biliares, sino que asimismo nos servirá para el tratamiento de las ictericias infecciosas, y en algunos casos en que nos es de gran utilidad el remover la mayor cantidad de bilis posible. Como valor diagnóstico ya se ha hablado en la primera parte de esta comunicación. Su valor como tratamiento es indiscutible, además de prestarnos la oportunidad de perseguir de una manera objetiva, la evolución de la enfermedad.

De los medicamentos más usados son aquellos que se clasifican entre los coleréticos y los colagogos, pudiéndose decir que no hay ninguno que ejerza una acción puramente colerética o puramente colagoga. Los más usados son los sulfatos de sodio, sulfatos de magnesía, las sales biliosas, el aceite de oliva, el atofán, etc. En el mercado en Puerto Rico se ha presentado últimamente, un producto, el cual es de gran valor como colerético, colagogo y anti-espasmódico, en que existe una combinación ideal de este tipo de drogas: es el Dre-nobil, a base de sulfato de magnesía, peptona, benzoato de bencilo, anís, etc. La peptona actúa como desensibilizante y por lo tanto favorece la desaparición de trastornos alérgicos, tan frecuentes en las afecciones hepáticas. Mención especial de los coleréticos debe hacerse con el decholí, droga que es un colerético potente, y que puede ser usada por vía intravenosa. Se ha preconizado su uso en las ictericias infecciosas, en su fase final, pero mayormente no la usamos en esta enfermedad.

En las crisis agudas de colecistopatías hacen falta drogas corminativas y drogas anti-espasmódicas. Nuestra experiencia es que la combinación papaverina-atropina es muy buena, pues se producen los efectos calmantes de la morfina, provoca la relajación de los músculos de fibra lisa, y por lo tanto suprime el factor espasmo, que hoy por hoy es considerado como el factor fundamental en la patogenia del dolor biliar.

No debemos olvidar como ya se había mencionado en la parte anterior, que en 3 de cada 4 casos de afección de la vesícula biliar, existe un estreñi-

miento pertinaz, principalmente de tipo espasmódico, en la última del colon. Si consideramos la importancia de este estreñimiento, tanto por su valor tóxico como por su valor extásico, comprendemos que es de suma importancia el tratar de reducir este estreñimiento, y lo combatieremos: (1) con una dieta apropiada, (2) con el uso de los estimulantes normales de los movimientos intestinales, a saber: las sales biliares que además actúan como colagogos potentes. Para vencer el factor espasmódico, nos inclinamos al uso del extracto de belladona o a una combinación de papaverina-atropina, para tomar a gotas.

Contra las infecciones de la vesícula biliar, nuestros recursos a mano son la vacunoterapia a pequeñas dosis, tomada la vacuna de algún foco en el cuerpo del paciente, que contenga los microbios a los cuales se les dá valor etiológico en la patología de la colecistopatía, a saber: los estreptococos no hemolíticos y el colon bacilo. Otros recursos son la higiene general, la dieta apropiada y el drenaje transduodenal que de por sí releva gran cantidad de productos patológicos. Se preconizó el uso de las sustancias antisépticas que se eliminaban por la bilis, y ha estado muy en boga el uso de la urotropina. De manera empírica no veo inconveniente en el uso de dicha sustancia, pero si tomamos en consideración que esta droga actúa en medio ácido y la bilis es alcalina, poco podríamos esperar de ella.

Resumiendo, hace falta hacerse de una idea de la etiología, patogenia y tipo de afección vesicular que se padece, para lograr establecer un tratamiento apropiado, que va desde la dieta más simple hasta las grandes intervenciones quirúrgicas.

PREVENTIVE MEDICINE IN PROSPECT *

It gives me considerable pleasure to address you on an occasion that is historic in the annals of the Puerto Rico Medical Association. I should like to add that I feel particularly happy because of the close relations that have always existed between your Association and the School of Tropical Medicine. This spirit of mutual cooperation and common interest in our objectives is of paramount importance in the future development of the medical sciences of this Island and, as we have every reason to expect, of the Americas.

In any extended study of the biological sciences, - medicine in particular, —it soon becomes evident that biology has not stood entirely alone. Not many years have elapsed since the influence of medicine was directed from its practice outward into the various fields of science. Physicians of well-known repute gave their time to teaching botany, physics, astronomy, geology. There were professors of Natural Philosophy, responsible in a large degree for the origin of many of our sciences today; many of them carried on investigations in the field of chemistry as an avocation. John Locke, one of the best physicians of his time, became interested in psychological epistemology; Sir William Petty's attention was directed to vital statistics; Redi's, to observation of the habits of insects, and Gilbert's to the study of geological stratification. As knowledge advanced, the needs in medicine created new fields of science,

and physicians became more than ever interested in those phases which would increase their skill in the treatment of disease.

Vesalius, the father of modern medicine, refused to accept the medical teachings of the ancients and secreted stolen corpses which he dissected to prove his own convictions; the science of human anatomy grew out of his studies. In spite of the ridicule and protests of his fellow colleagues, Harvey studied the human body, as Vesalius had done before him, and discovered the circulation of the blood. It was through accidental clinical observations that the principle of the conservation of energy was suggested to Julius Mayer, and led Joseph Black to his memorable thesis on carbon dioxide and colorimetry. These contributions to scientific advancements were of the first importance and paved the way for the founding of academies and research institutions of potential power. Their questionings brought such weighty influence to bear upon the practice of medicine itself that it is now almost impossible to follow its chains of cause and effect.

The relation of the old teachings to the new is strikingly marked when one observes the influence of pure and applied science upon medicine. As an example of what I mean let us review the practice of medicine at the time of the death of George Washington. His attending physicians were convinced that it was necessary to bleed the first President four times during the twenty four hours of his serious illness; this procedure, as we know today, weakened him to such a degree that Washington

* Address delivered by Dr. George W. Bachman, Director of the School of Tropical Medicine, at the opening session of the Annual Meeting of the Puerto Rico Medical Association December 17, 1937.

died. His death occurred from a virulent streptococcus sore-throat in the year 1799. One hundred and thirty-seven years after, to the month, the son of another President of the United States lay sick in a Boston hospital, victim of this same disease. Young Roosevelt's blood was not drained, but his strength fortified by the use of a newly discovered drug, from which the young man experienced a rapid recovery.

At about the same time of Washington's death, Mesmer was performing miraculous cures which made him the most talked of man in France. His practice among the rich and poor alike drew on his head the antagonism of the medical profession who denounced him as a charlatan. However, after one hundred and fifty-three years, the psychiatrist tells us that hypnotism has a sound basis and an increasingly valuable place in the armamentarium of the medical profession.

As early as 1582 Paré wrote: "Excepting unimportant details, nothing more is to be added to the science and art of surgery." Yet surgeons believed that it was impossible to perform a major abdominal operation because the agonizing pains, bleedings and shock would kill the patient. Hospital performing operations were regarded as "houses of death", for thousands lost their lives from gangrene. Three hundred years later (1882), Dr. Samuel D. Gross, then President of the American Surgical Society, wrote: "All avenues of approach to surgery have been investigated; nothing is left for surgeons of the future beyond acquiring what is already known and perfecting their technique." In the years that have passed since Paré's time, great changes have been brought about in the fields of experimental bio-

logy. This period has seen the divorce from modern medicine of the complex humoralistic theories which has been accepted since the days of Hippocrates. The impossible has become the daily routine of the practicing physician and there is no part of the human body that is not amenable to the surgeon's knife. How unlike this modern age, with its well equipped laboratories and regimented hospitals intelligently fighting disease, was the medicine of yesterday when only a "fumbling approach to a method was known."

The use of antiseptics has been medicine's most powerful instrument. Before their time, the announcement of such infectious diseases as tetanus, cholera, diphtheria, scarlet fever, hydrophobia, epidemic meningitis and pneumonia were death warrants to the ill and danger signals to a community. Whole villages were wiped out and countless deaths went unprevented. Even so, the germ theory of disease was received with ridicule and disdain by many of the leading physicians of the time. I remember well the story which Dr. Welch told me years later of his experience in Cohnheim's laboratory in Breslau, when he demonstrated the pathology of the tubercule bacillus to a group in connection with a lecture on pathological anatomy. Dr. Welch, a leader in his profession, was by temperament able to meet opposition and capable of dealing with the psychology of these doctors; he knew his theory of disease and was prepared to uphold his convictions. Notwithstanding, his views received little acceptance.

Within our time we have seen infant and child mortality lowered and the individual expectancy of life increased about twenty-five years. Those persons

who have reached eighty have lived through a period when fifteen percent of all infants died before they were one year old, and life expectancy at the time of their birth was about thirty-five years. Today only six percent of children under one year of age die, and now, those born in the same environment may hope to reach the average age of fifty-one. Out of each hundred here tonight, thirty-five of us may be alive at seventy-two; thirteen may see eighty-two; but I regret to say that there will be only one of the hundred left at the age of ninety-two. The successful efforts to prolong life have been due to advancements in the method of treatment and cure of infectious diseases and in the control of their causative etiological agents. As new knowledge is acquired, the diseases of middle and old age, such as heart disease, high blood pressure and their concomitants, - cerebral hemorrhage, nephritis and apoplexy, - will be understood and man can hope for an average expectancy of sixty years.

Conspicuous scientific achievements in our own field of tropical medicine have been the fairly recent discoveries of the method of transmission of parasitic diseases by insects: in filariasis, malaria, yellow fever, dengue, trypanosomiasis, leishmaniasis, guinea-worm infection, typhus and relapsing fever, the discovery of the crustacean vectors of schistomiasis, paragonimiasis, the unfolding of the nature of beri-beri and other human vitamin deficiencies. I believe it was Sir William Osler who has so ably said that there has been nothing in the history of human achievement to match such accomplishments as the attainments of scientists in discovering the etiology and transmission of disease.

However, whatever may be our pride in the accomplishments of the past, let us not forget that there are many problems as yet unsolved; that many of our accepted facts and theories in the treatment of disease will undoubtedly be discarded in view of newer discoveries. It was only recently that we learned of the possibility of the cyclotron as an instrument in the treatment of cancer, and of artificially induced fever in the cure of infectious diseases. Almost every day science places new equipment in the hands of the medical scientist, thus offering him more opportunities for research than was ever given to a Pasteur or to any of the great immortals. Yet with all these newly created powers and advantages, the world is still waiting for someone to find the cause and cure of the common cold, influenza and other respiratory diseases. We still know practically nothing about leprosy, nor can we cultivate the organism that is supposed to cause it. Your patients come to you daily seeking an understanding and cure for the anemias, the cause of nutritional disorders and endocrine disturbances. The world will crown immortal the person who announces a method for the cure of cancer. Volumes have been written about the nervous system, but the insane die without help. On our own beautiful Island many medical problems will have to be solved before its people can enjoy the pleasures of good health and freedom from the economic burden caused by disease, - enough hard and extensive study for a well prepared and energetic group of scientists for this and several generations to come.

"Yesterday," says Sir Leslie Mac Kenzie, "medicine was concerned with a searching for origins and a fumbling

approach to a method. Today medicine is a vast system of ideas, discoveries, generalizations, theories and practical proposals, all under discussion by thousands of experts from every field of pure and applied science." Tomorrow, medicine will face the problem of how to relate our multifold findings to the working values of life in growing societies of the future, and will exist not only to cure the sick but also as a preventive element in human distress; technical advancement, based on the knowledge we now possess, will place the medical profession foremost in the ranks of social evolution. The field of medicine will consist primarily of three distinct yet cooperating types of men: first, the discoverer of new facts and methods; second, the interpreter, who will diffuse his knowledge for the common good of the individual and society; and third, the administrator, who as Glenn Frank says, "will be needed to complete the trinity of social service."

The role of the "discoverer" will have to be played by a group of well-trained men, filled with imagination, initiative, courage, persistence, faith, honesty and common sense, who can be brought together, properly housed and equipped, set to work and left alone. They will be found behind every well regulated and planned medical or public health programme, the success of which must depend upon an orderly organized study, for to be successful, a research programme must be orderly. Carelessly organized research is costly, a waste of time, as well as educationally hazardous, if one is attempting to train a staff of workers at the same time. To exemplify what I mean, let me remind you of that hard working scientist, Ma-

gendie, who was the first, probably, to observe anaphylaxis. During his years of experimenting with the effects of various foods and chemicals on animals, Magendie gathered copious data, all of it useless, as no definite organized statement of his work remains. Consequently, the discovery of the phenomenon of anaphylaxis had to be credited to some other worker. Magendie would have gone down in history if for no other reason than that he had been systematic. Compare his work with the amazingly thoughtful and well-directed studies of Claude Bernard, who stands out as an example of research students. Another point: Trammeled and curtailed medical investigation is useless; society and not science is the loser for lack of cooperation. It is true that some scientists will not abandon their work in the face of difficulties, and that they are indifferent to popular opinion. However, if society is to benefit from their service and reap the full returns of their labor, it must collaborate in their plans and sustain their efforts. In research, good judgment in selecting the problem to be worked is of prime importance. Office chair science is not only expensive but dangerous to society and to the individual. "It is the obligation of effective government," says Surgeon-General Parran, "to provide through fundamental research and capable investigation the guidance necessary for any medical and public health programme."

Let us return to this so-called "trinity of social service." Of the three, probably the "interpreter", acting in the role of physician, will fall the greatest responsibilities, for his work will be not only to bring relief to the ill but also to see that the individual retains

his health and that the community remains free from the fear of disease. In the past, as at the present time, the profession has flourished on the ills and accidents of the community; in the future, its rewards will come from insuring against the expenses of accident and disease. The application of this practice I know well. For six years I lived in the center of the Providence of Hunan, China, where the doctor's popularity and income depended upon his skill in keeping people from falling sick and the community free from pestilence and disease. As I recall now, his life was a very busy one, safeguarding his patients by interpreting to them the principles of healthy living. I am not so sure but that a large part of his time was also consumed in emphasizing the importance of thrift with a view toward collecting his annual fee. In our western world, the physician may be relieved of this embarrassment through the solution of state or socialized medicine, and much of our income be federalized. The patient can then pay for his medical and hospital care during the productive years of his life by contributing to a general health and hospital insurance fund. This fund will provide for him and for his family, thus banishing the economic specter that accompanies the tragedy of illness in the poor.

The hospital administrator will play an important part in the medicine of the future. Biophysics and the mechanical sciences will have also grown apace with other developments and with their time and labour saving devices will do much to replace our present systems. The present-day hospital, built solely to house the physically sick, will be transformed into air-conditioned and

sound-proof structures, as these requisites will be considered indispensable. Clean air and regulated temperature will hasten recovery and diminish surgical complications; noise, the active producer of nervous strain, will be reduced; unnecessary noise will be a punishable offense. Hospitals will treat both the disease and the patient, for a psychical phase of hospital life will emphasize standards of human interest, placing the patient in a homelike atmosphere, where tact and courtesy will be prerequisites to medical attention. In the future, hospital standards will be measured not only by their contribution to the advancement of medical knowledge, but also by their contribution to a better understanding of the human emotion and to the adjusting of those social difficulties under which the individual, whom they will serve, is suffering. Business methods carried into the radius of hospital medicine will make it possible for the physician to devote more of his time to the investigation of disease for his primary objective of restoring and maintaining health. For this he will have at his disposal a programme of organized research, with a trained personnel to follow it up, and all the facilities which proper hospital administration can give him.

Preventive medicine will do much to obtain a more balanced and relatively happy individual, capable of worthy contribution to society at large. May the doctors of this generation, and those to follow, give their united endeavours to the accomplishment of such social betterment in the same spirit of unselfish toil that distinguished the leaders of the medical profession in the past.

INFORME DEL PRESIDENTE DE LA ASOC. MEDICA DE P. R.

DICIEMBRE 17, 1937.

Sres. miembros de la Cámara de Delegados:

Una vez más cumplo con el deber, que a la vez es grato privilegio, de rendiros cuenta en este breve informe, de las actividades de la Asociación Médica de Puerto Rico durante el año que termina en esta ocasión.

Permitidme que dedique las primeras líneas de éste a expresar mi sincero agradecimiento a todos los queridos compañeros que conmigo han compartido la árdua tarea de conducir por un sendero de paz y de armonía esta querida agrupación que llamamos Asociación Médica de Puerto Rico.

Cuando la Cámara de Delegados nos dispensó el honor de elegirnos para presidir la clase médica en la tarde del 30 de agosto del año 1936, y cuando pocos meses después nos confiaba las riendas de la Asociación por un período más largo que el que habíamos servido, lo hizo en la esperanza de que lograríamos hacer prevalecer la cordialidad que con tanto acierto iniciaron los queridos amigos Pavía y Juliá. Demás está decir, que no hubiera sido tarea fácil si no hubiéramos contado a nuestro alrededor con compañeros como Pujadas, Piñero, García, Hernández, Alfaro y Guzmán, dispuestos siempre a luchar por el bienestar de la Asociación, y prestos a depone cualquier actitud que pudiera dar al traste con el ideal perseguido: una franca y sincera cordialidad entre la clase médica asociada.

Desde el primer momento en que nos hicimos cargo de esta presidencia, nos impusimos la obligación de consultar todo asunto, por trivial que éste pareciera, con los demás compañeros de directiva, y al decir directiva, me refiero también al Consejo, ya que en todas nuestras citaciones incluimos siempre a los miembros de éste. De modo pues, que todo asunto a que yo haga referencia en este informe debe ser considerado como la obra del grupo de compañeros que formábamos la directiva y el consejo, y nunca como realizada por una sola persona.

Quiero también expresar mi gratitud a todos aquellos buenos amigos que con sus oportunos consejos y ayuda desinteresada cooperaron a hacer nuestra carga más llevadera.

Hechas las anteriores observaciones, permitidme que haga un breve resumen de los asuntos que más ocuparon nuestra atención durante el año que expira hoy.

Visitantes Ilustres:

Durante el año en curso hemos tenido el placer de tener entre nosotros distinguidos médicos del extranjero, quienes contribuyeron con sus conferencias al desarrollo del programa científico trazado por nuestra Asociación.

A principios del presente año tuvimos el grato privilegio de celebrar en nuestro edificio un acto científico, gracias a la cortesía del Dr. Hermene-

gildo Arruga, quien dictó una interesantísima conferencia sobre enfermedades de los ojos.

El doctor Arruga ya había dictado otra conferencia sobre este mismo tema en la ciudad de Ponce, bajo los auspicios de la Asociación Médica de aquel distrito.

Más tarde tuvimos entre nosotros a los doctores Kendall Emerson y Phillip P. Jacobs, altos funcionarios de la Asociación Nacional Antituberculosa, quienes dictaron en nuestra Asociación interesantísimas conferencias sobre tuberculosis, y que tuvieron a su cargo el curso sobre esta condición, que bajo los auspicios del Departamento de Sanidad y la Universidad de Puerto Rico se celebró en este edificio durante los días comprendidos entre el 10 y el 18 de marzo.

También nos visitó este año, y nos dispensó el honor de dictar una conferencia sobre "El Tratamiento Quirúrgico de la Epilepsia", el Dr. Karl Winfield Ney, Profesor de Neuro-cirugía del Colegio Médico de Nueva York.

Y por último, tenemos el privilegio de tener con nosotros durante esta asamblea, a dos distinguidos profesores del Colegio de Médicos y Cirujanos de la Universidad de Columbia, los doctores Ramón Castroviejo y Dana Winslow Atchley, quienes con sus conferencias científicas habrán de contribuir en forma decisiva al éxito de esta reunión anual de la clase médica puertorriqueña.

Deseamos aprovechar esta ocasión para expresar una vez más, nuestro agradecimiento a estos ilustres visitantes, por la cooperación brindada, y muy

especialmente al Dr. Ramón Castroviejo, quien nos ha dispensado el honor de venir a Puerto Rico con el único propósito de tomar parte en nuestra asamblea.

Asambleas de Distrito:

Este año las asambleas de las Asociaciones de distrito han constituido un rotundo éxito, tanto en la parte científica como en la social.

En todas y cada una de ellas se desarrolló un programa científico de inusitado interés para la clase médica, y los directores de las distintas asociaciones se esmeraron en hacer de la parte social un acto donde reinara la alegría y la cordialidad.

En todos aquellos distritos donde se celebraron elecciones de funcionarios, las mismas fueron llevadas a cabo en medio del mayor espíritu de armonía, y ya deseáramos nosotros que ese mismo grado de cordialidad reinara en todas las actividades de nuestra querida agrupación.

Boletín de la Asociación:

En el mes de febrero, habiéndonos comunicado el Dr. Oliveras, su deseo de no continuar como editor de nuestro Boletín, procedimos a nombrar para ocupar dicho cargo al Dr. Ezequiel Martínez Rivera, quien no dudábamos habría de desempeñar fielmente dicho cometido, dados los conocimientos periodísticos de que está dotado el compañero aludido.

Hoy podemos decir, con satisfacción, que nuestras esperanzas no fueron defraudadas. El Dr. Martínez Rivera ha cumplido con los deberes que le impone

su cargo, y sus gestiones no se han limitado solo a solicitar y leer los artículos que habrían de publicarse en el Boletín, sino que se ha ocupado también de la parte económica del periódico y ha logrado rebajar considerablemente sus gastos por concepto de impresión, lo que por si sólo constituye un éxito para nuestra Asociación.

Banquete-Homenaje al Dr. Garrido Morales:

A fines del pasado mes de mayo varios compañeros nos sugirieron la idea de que esta Asociación rindiera un homenaje de simpatía al Dr. Eduardo Garrido Morales por la labor realizada por éste en la jefatura del Departamento de Sanidad. Traído dicho asunto ante la consideración de la Directiva, ésta inmediatamente le impartió su aprobación, y se pasó una resolución en la cual se expresaban los motivos por los cuales el Dr. Garrido Morales era acreedor a ese homenaje de la Asociación Médica de Puerto Rico.

Para la organización de este acto fué nombrado un comité presidido por el Dr. Pujadas Díaz, y del cual formaban parte también los doctores Costa Mandry, Rodríguez Pastor, García y Alfaro. Este comité trabajó afanosamente en la preparación de este banquete, y el mismo se llevó a efecto el sábado 21 de agosto en el Hotel Condado.

A este homenaje concurrieron alrededor de 200 comensales, y el mismo resultó uno de los actos más brillantes celebrados por la clase médica puertorriqueña durante estos últimos años.

No vayais a imaginaros que todo fué miel sobre hojuelas en la organización de

este homenaje. Tuvimos sus contratiempos, con motivo de posponerse su celebración en una ocasión; pero sólo nos interesa ahora, saber que el mismo constituyó lo que esperábamos desde un principio: un acto donde reinó una gran armonía y que puso una vez más de relieve, el gran espíritu de cordialidad de que está dotada la mayoría de los miembros de la clase médica de Puerto Rico.

Médicos de Unidades:

El año pasado la Cámara de Delegados de la Asociación aprobó una resolución recomendando un aumento de sueldo para los médicos de las unidades de Salud Pública. En relación con lo dispuesto por dicha resolución hicimos gestiones cerca del Hon. Comisionado de Sanidad, y éste nos prometió toda su cooperación para conseguir el fin perseguido.

Más tarde, en la reunión extraordinaria de la Cámara, celebrada en Caguas a fines del mes de febrero, fué nuevamente traído a discusión este asunto, y esta vez, el Dr. Garrido Morales repitió sus promesas de trabajar un aumento de sueldo para los médicos de unidades. En iguales términos se expresó nuestro compañero y miembro prominente de la Cámara de Representantes de Puerto Rico, el Dr. Leopoldo Figueroa.

Un mes más tarde, cuando se encontraba reunida la Legislatura de Puerto Rico, volvimos a solicitar la ayuda del Dr. Garrido Morales, y finalmente, y por recomendación expresa del Hon. Comisionado de Sanidad, y contando con la cooperación decidida y eficaz del Dr. Figueroa, logróse un aumento en el

suelo de los médicos de unidades y jefes de los distintos negociados del Departamento de Sanidad.

Demás está decir que nos hubiera sido difícil conseguir lo dispuesto en la resolución aprobada por esta Cámara de Delegados, si dicho asunto no hubiera contado de antemano con la recomendación sincera del Dr. Garrido Morales y el respaldo absoluto del Dr. Figueroa.

Asunto del Dr. Arruga:

Os hago a todos enterados del tristemente célebre caso del Dr. Arruga, al que tanta importancia dió parte de la prensa diaria del país, y por el cual, se nos acusara injustamente de negligentes, por varios compañeros, por el hecho de que no nos lanzáramos inmediatamente a la defensa del Tribunal Examinador de Médicos.

Es bueno que se sepa que desde el primer momento en que aparecieron en la prensa diaria los primeros artículos en relación con dicho asunto, nos estuvimos ocupando del mismo. Eso sí, nuestra directiva, velando siempre por el bien de nuestra Asociación, y teniendo en cuenta que en este asunto habían dos grupos, uno que aprobaba la actitud del Board al negarle la licencia al Dr. Arruga, y otro, aunque muy reducido, que condenaba dicha actitud, creyó oportuno retener nuestro respaldo al Board, hasta último momento, cuando los ánimos se hubieran calmado un poco, y cuando estuviéramos seguros de que una opinión nuestra no causaría ningún trastorno en las filas de la Asociación.

Siempre hemos sido opuestos a las polémicas en la prensa diaria, y mucho

más cuando éstas se han de sostener con personas versadas en el periodismo, y así se lo hicimos saber a varios miembros del Board antes de que dieran a la publicidad el primer statement en relación con este asunto.

Nuestra actitud en este caso, aparentemente pasiva, no debió tomarse nunca como que quisiéramos abandonar al Tribunal cuando sus actuaciones estaban siendo criticadas por parte de la prensa del país, y sí como una medida de absoluta precaución en bien de los intereses de la Asociación.

Informe del Delegado a la Asoc. Médica Americana:

En la reunión extraordinaria de este organismo celebrada en la tarde del 24 de julio ppdo., tuvimos el honor de oír el brillante informe que rindiera nuestro delegado a la Cámara de Delegados de la Asociación Médica Americana, el Dr. Ramón M. Suárez, después de haber asistido a la reunión que dicho organismo celebrara del 7 al 11 de junio.

Por el informe rendido, y por haber esta presidencia asistido en su compañía a una de las reuniones celebradas por la Cámara, pudimos observar el gran interés que se tomó el Dr. Suárez en todos los asuntos que trató dicho organismo, pendiente siempre de cualquiera cuestión que pudiera beneficiar a nuestra clase.

El cargo de Delegado a la Asociación Médica Americana, es uno que podría ser de gran utilidad a nuestra agrupación; pero sería bueno, si ello fuera posible, que en el mismo se mantuviera siempre al mismo hombre, para que és-

te pudiera ir relacionándose con aquel organismo y se compenetrara bien del funcionamiento de la Asociación Médica Americana. No nos cabe duda que el contacto continuo de un solo hombre con los directores de aquella institución podría redundar en beneficio de nuestra Asociación.

Desde luego, este cargo lo debe desempeñar un hombre que, como Suárez, pueda en cualquier momento desligarse de sus compromisos profesionales para asistir a las reuniones de la Cámara de Delegados.

Biblioteca de la Asociación:

Esta dependencia de nuestra Asociación ha seguido recibiendo durante este año un gran número de revistas médicas publicadas en distintas partes del orbe, y ha enriquecido sus anaqueles con los libros y textos de medicina que pertenecieron a nuestro nunca olvidado compañero, el Dr. Gutiérrez Igaravidez, galantemente cedidos a nuestra Asociación por la señora viuda del susodicho compañero.

No se escapa a nuestra vista, sin embargo, el hecho de que ésta podría ser uno de nuestros principales atractivos, si en sus anaqueles contara con los textos de medicina modernos y con varias revistas sobre especialidades que se publican por algunas casas editoras del Norte, y para lo cual habría que disponer mensualmente de cierta cantidad de dinero, ya que no es posible obtenerlas por canje con nuestro Boletín.

Anuncios y Reclamos:

La Resolución que sobre anuncios aprobara la Cámara de Delegados en su

reunión ordinaria del año pasado, fué puesta en vigor después de una pequeña enmienda introducida en la reunión extraordinaria de Caguas, y tal como lo disponía la misma, fué publicada en "El Mundo" y en "El Imparcial" durante tres meses.

De acuerdo con la enmienda que se le introdujo a la antes mencionada resolución en la asamblea extraordinaria celebrada en Caguas, el anuncio de los médicos asociados que quisieran hacerlo, debía aparecer en un directorio médico señalado al efecto en los periódicos del país.

De la organización de este directorio en el periódico "El Mundo", se encargó nuestro vice-presidente, el Dr. Pujadas Díaz, quien anduvo todos los pasos necesarios a fin de que el mismo apareciera lo más pronto posible. Este Directorio empezó a publicarse a fines del mes de abril, y continúa aún publicándose, aunque no con el mismo auge con que fuera iniciado.

En varias ocasiones los directores de dicho diario nos han expresado sus deseos de descontinuar dicho directorio, ya que para ellos es más negocio que los médicos se anuncien en primera plana; sin embargo, hasta ahora hemos tenido éxito en lograr que desistan de esa idea, y esperamos que los médicos asociados presten su cooperación para que pueda hacerse prevalecer esta forma de anuncio, que es la única permitida por nuestra Asociación.

Para que ningún compañero pueda alegar desconocimiento de la resolución que rige el asunto de anuncios y reclamos, hemos hecho publicar la misma al final del folleto conteniendo la Constitu-

ción y el Reglamento de la Asociación, y el cual ha visto la luz recientemente.

Comités:

Uno de los asuntos que consideramos de más importancia en la vida de nuestra Asociación, es el relacionado con el nombramiento de los distintos comités de ésta.

Confesamos que nos equivocamos al hacer los nombramientos para los distintos comités de la Asociación pocos días después de nuestra elección; pero sinceramente deseamos que nuestra experiencia sirva para evitar que en lo sucesivo los comités queden formados por compañeros que no tengan interés en la materia a tratar.

Solamente hemos logrado la cooperación de unos cuatro comités, y con pena decimos que en estos casos ésta ha venido solamente de uno o dos de sus miembros. Los demás han brillado por su ausencia.

Afortunadamente, de acuerdo con nuestro reglamento en vigor, la cantidad de comités permanentes queda reducida a cinco, y creemos que la labor de nuestros sucesores, al escoger los miembros de éstos, será más fácil, puesto que podrán hacer una mejor selección de entre los miembros de la Asociación.

Nuevo Reglamento:

Recientemente ha sido impreso el nuevo reglamento de nuestra Asociación.

No vamos a asegurar que el mismo sea perfecto; pero sí creemos que es aceptable, y sobre todo, más acabado que el que nos rigió por tantos años. Creemos que el mismo podría amoldar-

se aún más a las necesidades de nuestra Asociación, y sinceramente invitamos a todos los compañeros, miembros de esta Cámara a estudiarlo cuidadosamente y a sugerir las enmiendas que consideren oportunas.

Miembros fenecidos:

Es con gran pena que consignamos en este informe la desaparición de un gran número de compañeros distinguidos durante el año que termina hoy. Son éstos los bien queridos compañeros, Dr. Pedro Malaret Yordán, ex-presidente de esta Asociación, y padre de un distinguido compañero nuestro; el Dr. Francisco R. de Goenaga, decano de la clase médica puertorriqueña; el Dr. Juan Camacho del Toro, miembro por muchos años de nuestra Asociación, y figura muy querida entre la clase médica; el Dr. José Barreras Padró, otro de nuestros antiguos miembros, y padre del Dr. Jenaro Barreras, distinguido compañero de la ciudad del Turabo; el Dr. Luis Brusi Alvarez, compañero también muy querido; el Dr. Felipe A. García, otro antiguo miembro de esta Asociación, y por último, el Dr. Pedro del Valle Atilas, uno de los compañeros que gozaban de mayor arraigo entre la clase médica puertorriqueña.

El recuerdo de estos compañeros vivirá imperecedero a través de los años que perdure la Asociación Médica de Puerto Rico, ya que fueron ellos fieles intérpretes de los ideales que encarna nuestra colectividad.

Tribunal de Médicos Examinadores:

Al igual que en años anteriores, nuestra Asociación ha trabajado en in-

tima relación con el Tribunal de Médicos Examinadores de Puerto Rico.

Al expirar el término por el cual había sido nombrado nuestro compañero y consejero de esta Asociación, el Dr. M. Guzmán Rodríguez, éste nos comunicó su propósito de no seguir formando parte de dicho organismo, y procedimos a enviar al Hon. Gobernador de Puerto Rico una terna para que escogiera su sustituto. El nombramiento fué extendido a favor de nuestro compañero de Río Piedras, el Dr. J. Garrido Collazo. También propusimos al Hon. Gobernador, que nombrara nuevamente a los doctores Costa Mandry y Suárez, cuyos términos también expiraron este año.

Varios asuntos que dicho Tribunal creyó conveniente tratar conjuntamente con esta Asociación fueron traídos a la consideración de esta directiva en distintas reuniones celebradas durante el año.

Asociación Médica Panamericana:

También hemos mantenido relaciones de íntima cordialidad con el Capítulo de Puerto Rico de la Asociación Médica Panamericana, el cual preside nuestro distinguido compañero, el Dr. Isaac González Martínez.

En toda ocasión ésta ha usado nuestro edificio para sus reuniones, así como los servicios de nuestro taquígrafo.

Agape a visitantes cubanos:

A fines del mes de septiembre visitaron nuestra isla el Rector de la Universidad de La Habana y dos catedráticos de dicho centro docente.

Varios compañeros se acercaron a mi sugiriéndome la idea de que la Aso-

ciación Médica de Puerto Rico se encargara de dar la bienvenida a nuestras playas a estos señores y les ofreciera un ágape. Nos pareció buena la idea, y nombramos un comité compuesto por los doctores García y Rodríguez Molina, para que se encargaran de preparar este recibimiento. A este ágape fueron invitados los miembros de la directiva y el consejo, los presidentes de las distintas asociaciones de distrito, el presidente del Comité Científico, el presidente del Comité de Beneficencia y Salud Pública de la Legislatura, Dr. Figueroa, el Director de la Escuela de Medicina Tropical, Dr. Bachman, el presidente del Capítulo de Puerto Rico de la Asociación Médica Panamericana, Dr. González Martínez; el presidente del Tribunal Examinador de Médicos, Dr. Ramón M. Suárez; el presidente del Tribunal Supremo de P. R., Hon. Emilio del Toro Cuebas; el Canciller de la Universidad de Puerto Rico, Lcdo. Bautista Soto; el Cónsul de Cuba en Puerto Rico, y a representantes de la prensa del país.

Este acto resultó muy lucido, y tenemos la absoluta seguridad de que los visitantes cubanos quedaron muy bien impresionados de la hospitalidad de la clase médica puertorriqueña.

Nuestro edificio:

Creemos ya llegado el momento de que empecemos a pensar en ampliar las comodidades de nuestro edificio. Desgraciadamente, ya no podemos contar con la posibilidad de extendernos hacia los lados, porque como habéis podido observar, se está construyendo muy cerca de nuestro edificio el Cuartel de la Policía de Santurce. Sin embargo, te-

nemos un gran solar a la parte de atrás del edificio con el que podríamos contar para dar paso a nuestras ideas.

Sería bueno considerar el hecho de que los médicos deberíamos tener un sitio donde ir a pasar un rato de solaz. No todo en esta vida debe ser trabajo y estudios. ¿Qué mejor sitio para proporcionarle al médico ese rato de expansión, que nuestra propia Asociación?

Si nosotros lográramos ampliar nuestro edificio podríamos hacer una especie de club, y de ese modo, estoy seguro, nuestros actos científicos tendrían una mayor concurrencia, pues una vez terminada la conferencia, tendríamos un sitio donde recrearnos y descansar de la labor diaria.

No está demás decir también, que la ampliación de nuestro edificio daría a la biblioteca un espacio mayor para el acomodo de sus innumerables volúmenes y revistas, pues con el tiempo ya no habrá sitio donde acomodarlas en el salón conque cuenta actualmente.

No hay que pensar, desde luego, que esta obra pueda emprenderse contando con las cuotas de los socios o con las ganancias pingües que pueda dejarnos la publicación de nuestro Boletín. Para ello se necesitaría una gran cantidad de dinero, y pasarían años antes de que la Asociación pudiera reunirla. ¿Por qué no podríamos llamar nuevamente a las puertas de todos nuestros compañeros, y tratar de levantar, en calidad de préstamo, el fondo necesario para emprender esta obra?

Tienen la palabra los compañeros que nos sucedan en nuestros cargos.

Seguro médico:

Hemos dejado deliberadamente para último momento el asunto del Seguro Médico, que consideramos de vital importancia para nuestra clase, porque deseamos, y estamos vivamente interesados, en que durante esta sesión anual de la Cámara, quede definitivamente solucionado el mismo.

El día 5 de octubre, y después de haber tenido una conferencia conmigo en mi oficina, compareció ante nuestro cuerpo directivo el Sr. Renaud, representante de la American National Insurance Co., y nos sometió un plan de seguro, que sin ser lo que llamamos el seguro de grupo, se asemejaba mucho a éste, y las primas a pagar eran mucho más bajas que las que se pagan corrientemente en el seguro individual, y tenía además la ventaja de que se podían pagar mensualmente.

Esta proposición que nos hacía la American National Insurance Co., a través de su representante el Sr. Renaud, nos pareció muy equitativa y pensamos inmediatamente que dicho plan podría adaptarse a nuestra Asociación. No quisimos, sin embargo, actuar a la ligera, y acordamos dirigirnos a todas las compañías de seguro que hacen negocios en Puerto Rico, solicitando de ellas nos sometieran proposiciones por escrito en relación con un seguro colectivo para la Asociación Médica, e invitándoles al mismo tiempo, a que estuvieran representadas en una reunión que celebraríamos el día 16 de ese mes.

Volvimos a reunirnos en la fecha indicada anteriormente, y solamente comparecieron a esta reunión dos representantes de compañías, el Sr. Renaud, de

la American National Insurance Co., y el Sr. Pesquera, de la Bankers Life Ins. Co. De las contestaciones que recibimos a nuestra carta, solamente en una se nos ofrecía una forma de seguro parecida a la propuesta por el Sr. Renaud, y era en la del Sr. Balzac, gerente en Puerto Rico de la Manufacturers, quien no podía asistir a dicha reunión por estar ausente del país para esa fecha, y nos suplicaba que lo oyéramos en otra reunión que celebráramos al efecto.

En esta reunión el Sr. Pesquera nos sometió un plan de "seguro de grupo", cuyas primas eran mucho más bajas a las del plan de los señores Renaud y Balzac. Suplicamos al Sr. Pesquera que nos sometiera sus proposiciones por escrito y que nos mostrara una póliza modelo, antes de decidir nada sobre el particular. Comoquiera que en otras reuniones celebradas para tratar este asunto, el Sr. Pesquera no nos presentaba su proposición por escrito ni nos mostraba la póliza modelo, decidimos dar una oportunidad al Sr. Balzac para que nos expusiera su plan, ya que posterior a su carta, dicho señor le había entregado a nuestra Secretaria, la Dra. Piñero, una póliza modelo del plan por él propuesto.

El 30 de noviembre último nos reunimos para oír lo que tuviera que decirnos el Sr. Balzac, con respecto a su plan, y después de oírlo, consideramos que el mismo podría también ser adaptado a las necesidades de la Asociación. Sin embargo, tampoco se resolvió nada en definitiva en esta reunión.

Al día siguiente se personó en mi oficina el Sr. Pesquera, y también me informó sus deseos de presentar a nues-

tra consideración un plan parecido a los propuestos por los Sres. Renaud y Balzac.

De modo pues, que tenemos ante nuestra consideración tres planes para resolver el asunto del seguro de nuestros asociados, que tanto que hacer nos ha dado.

Sinceramente creemos, que cualquiera de dichos planes que decida adoptar la Asociación podría cubrir a satisfacción los anhelos de nuestros acosiados, y eliminaría ipso facto, el triste espectáculo de las recolectas para ayudar a las viudas de los médicos.

Así es, que tan pronto llegue esta tarde el turno de "asuntos a tratar", procederemos a nombrar un comité del seno de esta Cámara para que estudie estas proposiciones y decida cuál es la más conveniente para nuestra Asociación.

Nuestras recomendaciones:

Resumiendo nuestro informe, deseamos hacer las siguientes recomendaciones:

1ro. - Mantener como delegado a la Asociación Médica Americana, hasta donde ello sea posible, al mismo hombre, para que de sus continuas relaciones con los hombres del Norte, puedan derivarse mayores beneficios para nuestra Asociación.

2do. - Estudio detenido al escoger los compañeros que hayan de ocupar los distintos comités de la Asociación, a fin de contar con hombres que estén dispuestos a trabajar y que tengan interés en los asuntos a tratar.

3ro. - Consideración de posible ampliación de nuestro edificio a los fines y en las condiciones ya descritas anteriormente.

4to. - Que mensualmente, de acuerdo como se encuentren los fondos de la Asociación, se asigne una cantidad para

pagar suscripciones a revistas médicas sobre especialidades y la compra de los textos de medicina modernos.

Muy respetuosamente,

J. H. FONT, M. D.
Presidente

INFORME DE LA SECRETARIA DE LA ASOCIACION MEDICA DE PUERTO RICO

DICIEMBRE 17, 1937.

Queridos compañeros:

Después del brillante informe rendido por nuestro presidente, creemos que queda muy poco por decir.

Antes de hacerlo, quiero aprovechar esta ocasión para repetir una vez más, mi agradecimiento a los compañeros que tan bondadosamente me dispensaron el honor de elegirme para el cargo de Secretaria de la Asociación. También quiero expresar mi gratitud a los demás miembros de esta directiva, por lo sumamente atentos que han sido para conmigo.

Este año ha sido uno de gran actividad en la vida de la Asociación Médica; las reuniones de los distintos organismos han sido celebradas con una regularidad nunca observada en años anteriores. Nuestra Directiva y Consejo celebraron una reunión ordinaria mensualmente, y se llevaron a efecto además, alrededor de ocho sesiones extraordinarias, y otras cuantas reuniones extraoficiales para cambiar impresiones sobre varios asuntos de importancia. Los asuntos tratados en estas reuniones han sido múltiples y variados, según habreis podido observar por el informe de nuestro presidente.

A estas sesiones de la directiva y el consejo asistieron por lo general casi todos los miembros de dichos organismos.

En repetidas ocasiones las reuniones de la directiva y el consejo fueron celebradas conjuntamente con alguno de los comités de la Asociación.

La Cámara de Delegados celebró durante este año dos reuniones extraordinarias; una en la ciudad de Caguas, a fines del mes de febrero, y la segunda en este edificio, el sábado 24 de julio ppdo.

Es bueno que hagamos constar que estas reuniones de la Cámara, no hubieran podido celebrarse, si no hubiéramos contado en nuestro reglamento con la cláusula que dispone que una hora después de la señalada para la reunión, ésta podrá llevarse a efecto con los miembros presentes.

Nuestros socios:

Actualmente nuestra Asociación cuenta con 329 miembros activos en su lista de socios.

Durante el año han habido 39 ingresos y 5 bajas forzosas por muerte de compañeros, y dos por haberse trasladado éstos para el Norte.

También fueron dados de baja 37 miembros por falta de pago, pero a este asunto deseamos dedicarle un capítulo aparte en este informe.

Como podrá verse, por las notas anteriormente expuestas, la Asociación tiene en su seno una gran mayoría de los médicos de Puerto Rico, y no dudamos que llegará el día glorioso, en que no permanecerá fuera de nuestra agrupación un solo médico.

Miembros dados de baja:

Hemos querido tratar este asunto aparte, porque nos interesa que se conozca por esta Cámara todo el procedi-

miento seguido al dar de baja de nuestra Asociación a un número considerable de socios.

En la reunión celebrada por la Directiva y el Consejo la noche del 11 de mayo último, nuestro presidente dió cuenta con una extensa lista de todos los compañeros que aún no habían pagado sus cuotas del 1936.

Este asunto mereció un detenido estudio y finalmente se acordó dirigir a los compañeros que en tal condición se encontraban en nuestra tesorería, la siguiente comunicación:

Estimado compañero:

"En la última reunión de la directiva, celebrada el 11 del cursante mes, se acordó hacer una reorganización de las listas de socios de nuestra Asociación. Como usted comprenderá, en estas listas aparecerán solamente aquellos compañeros que se encuentren al día en el pago de sus cuotas.

"¿Sería usted tan amable que nos comunicara a vuelta de correo cuál es su actitud para con nuestra Asociación? ¿Desea usted seguir perteneciendo a ella? En caso afirmativo, hemos de agradecerle nos remita a la mayor brevedad posible el importe del recibo que le estamos adjuntando; o que nos escriba diciéndonos cuándo nos remitirá su cuota.

"En vista de la urgencia de esta medida, si dentro de diez (10) días no hubiéramos recibido contestación suya a este respecto, entenderemos que usted no desea seguir perteneciendo a nuestra Asociación, y muy a pesar nuestro, procederemos

mos a eliminar su nombre de las nuevas listas de socios."

Esta carta, cuyos términos no podían ser más cordiales, surtió el efecto deseado en una gran mayoría de los compañeros que formaban dicha lista.

Hubo sinembargo, algunos que no contestaron dicha carta y nos vimos obligados a darles de baja, muy a pesar nuestro, habiendo esperado 30 días antes de tomar esta determinación.

Al comunicarles la decisión de darlos de baja, se les envió la siguiente carta:

"Estimado compañero:

"Como hasta la fecha no hemos recibido contestación suya a nuestra carta del 24 de mayo ppdo., hemos procedido, muy a nuestro pesar, a eliminar su nombre de nuestra lista de socios.

"Lamentamos muy de veras haber tenido que proceder en esta forma, pero es el propósito de nuestra directiva, y así lo dispone el reglamento de la Asociación, que solamente disfruten de los privilegios que conlleva el pertenecer a nuestra agrupación, aquellos compañeros que contribuyan a su sostenimiento.

"Para su conocimiento deseamos participarle que en cualquier momento que usted desee ser restituido como socio deberá abonar la cantidad adeudada hasta la fecha por concepto de cuotas."

Originalmente, los dados de baja montaban a 43; sin embargo, más tarde volvieron a nuestro seno los doctores Morales Muñoz, Muñoz Díaz, Rodríguez Cancio, Boneta, García Ubarri y Marchan.

Constitución y Reglamento:

Recientemente se ha impreso en forma manuable la Constitución y el Reglamento de la Asociación.

Esto era algo cuya falta venía dejándose sentir hacía tiempo en nuestra Asociación, pues no era justo que los médicos jóvenes que ingresaran, desconocieran los fines y propósitos de ésta y las obligaciones contraídas a su ingreso.

Este folleto ha sido distribuido, y creemos que actualmente no hay un so-

lo compañero que no conozca su contenido.

No deseamos cerrar estas breves notas sin antes hacer fervientes votos por que en la Asociación Médica de Puerto Rico continúe prevaleciendo el mismo espíritu de confraternidad que ha reinado en todo momento durante el tiempo que hemos tenido el privilegio de formar parte de su directiva.

Muy respetuosamente,

Dolores M. Piñero, M. D.
Secretaria.

NOTA:- En nuestro próximo número publicaremos el brillante informe que nuestro activísimo ex-tesorero, el Dr. David E. García, rindiera a la Cámara de Delegados en su última sesión anual.

Boletín de la Asociación Médica de Puerto Rico

Avenida Fernández Juncos, Parada 19.
Santurce, P. R.

Año XXX Enero, 1938. Núm. 1

Editor y Administrador:

Dr. E. Martínez Rivera

Editores Asociados:

Dr. Leopoldo Figueroa
Dr. Pedro S. Malaret
Dr. David E. García
Dr. J. Noya Benítez
Dr. L. Gaetán Roberts

EDITORIAL

DR. JOSE C. FERRER

Nuestro nuevo presidente, electo por la Cámara de Delegados de la Asociación en su última asamblea anual, es otro de los jóvenes médicos que han sabido llegar a la cumbre de nuestra profesión en una temprana edad.

Cuenta el Dr. Ferrer escasamente 42 años, pues nació en Santurce el 7 de septiembre de 1895, siendo sus padres el Dr. Gabriel Ferrer Hernández, médico ilustre, fenecido en el 1900, quien tantos y tan justos laureles supo conquistar en su profesión, la cual siempre ejerció como un sacerdocio, y la distinguida matrona doña Monserrate Otero y Navedo, dama perteneciente a una familia ilustre, que ha sido exponente de nuestro adelanto cultural, pues el insigne poeta José Gualberto Padilla mejor conocido por "El Caribe" era tío político de nuestro actual presidente.

Hizo sus primeros estudios en la San Juan Central Grammar School desde el 1900 al 1903, habiendo sido uno de los muchachos traviosos de la época. Fué luego a la Mercersburg Academy a

cursar su segunda enseñanza, pasando más tarde a la Universidad de Syracuse, donde hizo dos años de su Bachillerato en Ciencia. Cursó su primer año de medicina en la Universidad de Jefferson, de donde, según nos relata el propio Dr. Ferrer, fué expulsado, por seguir siendo el mismo muchacho travieso de antes y haber tenido un altercado con el Dean. Continuó sus estudios en la Universidad de Temple, y más tarde fué a terminarlos en el Colegio de Medicina y Cirugía de Chicago, en donde recibió su título en el año 1916, época para la cual ya habíamos tenido el placer de conocer al Dr. Ferrer, en circunstancias que jamás hemos nosotros de olvidar. En septiembre del mismo año revalidó su título en Puerto Rico e inmediatamente embarcó para Francia, donde ingresó en el Hospital Bojoun, trabajando allí bajo la dirección del Profesor Tuffie yendo luego al Larri-voissier, y retornando a Puerto Rico en junio del 1917.

A su regreso a la isla fué nombrado médico inspector de la firma Purdie and Henderson para supervisar los trabajos sanitarios del Campamento Las Casas. Ingresó en el ejército al declararse la guerra entre Estados Unidos y Alemania y fué uno de los cinco primeros médicos nombrados para servicio activo en Puerto Rico. Trabajó en el departamento de Urología del campamento hasta el 1918, en que se licenció, dedicándose entonces exclusivamente a la urología. Casó con Mercedes Calderón y Acosta, nieta de don José Julián Acosta, el 8 de Septiembre de 1921. Tiene tres hijos vivos, Charlie Young, José Luis y Beatriz Cristina.

En el 1922 fué al Hospital Johns Hopkins, de Baltimore, donde estuvo

trabajando bajo la dirección del Dr. Hugh H. Young, por espacio de seis meses, y desde esa fecha entabló relaciones cordiales con el insigne urólogo americano, relaciones que cada día se han hecho más estrechas. Al terminar sus estudios en Baltimore, regresó a Puerto Rico, donde volvió a abrir su consultorio, dedicándose, como antes, exclusivamente a la urología.

Su instrucción quirúrgica la recibió primero con el Dr. J. A. López Antongiorgi; más tarde con el Dr. Jorge del Toro y finalmente con el Dr. Guillermo Barbosa. Al inaugurarse la Escuela de Medicina Tropical fué nombrado urólogo de ésta, y una vez creado el Hospital de dicha Escuela fué nombrado médico visitante del Departamento de Urología. Más tarde recibió el nombramiento de consultor en urología del mismo hospital, nombramiento que aún ostenta. En el 1932 fué nombrado consultor del departamento de urología del Hospital Presbiteriano. En el 1928 había sido nombrado jefe del departamento de urología de los hospitales de la capital, y en el 1932 volvió a ser nombrado para dicho cargo, el cual aún desempeña.

En el 1925 fué nombrado miembro de la Asociación Urológica de América; en el 1934 fué admitido como miembro del Colegio de Cirujanos de América, habiendo ingresado por invitación directa del Board of Governors, por recomendación que a dicho cuerpo le hiciera el comité local de credenciales, y en el 1936 recibió el nombramiento de urólogo consultor del Servicio de Higiene de Estados Unidos.

En nuestra Asociación ha desempeñado distintos puestos, habiendo formado parte de la Cámara de Delegados de ésta; en el 1926 fué nombrado nuestro

delegado ante la Asociación Médica Americana, y en 1934 fué electo vicepresidente de nuestra Asociación.

Ha presentado trabajos científicos que le han valido merecidos laureles, no solamente en las asambleas locales y anuales de nuestra Asociación, sino además en instituciones culturales fuera de nuestra isla, habiendo sido invitado por la Academia de Medicina de Nueva York, donde dió una conferencia sobre "Compesión Renal", y en distintas ocasiones ha presentado trabajos ante la Asociación Urológica Americana.

Tal es, a grandes rasgos, el joven que ha sido puesto, por el mandato unánime de nuestra Cámara de Delegados interpretando el sentir de nuestra Asociación, a dirigir los destinos de la misma durante el año en curso; pero lo que no es tan fácil transcribir, es el dinamismo, la energía y el entusiasmo de que está saturado el Dr. Ferrer, cualidades que han de ayudarlo a llevar a nuestra Asociación por derrotero seguro y firme, habiéndonos ya dado pruebas, en el corto tiempo que lleva en su incumbencia, de las muchas cosas buenas que podemos todos los médicos de Puerto Rico esperar del nuevo presidente y del cuerpo de oficiales que con él fueron electos para continuar la obra de armonía, solidaridad y cohesión entre todos los médicos de Puerto Rico.

Es innecesario augurar al Dr. Ferrer y a sus compañeros de directiva un éxito resonante y seguro, ni creemos necesario hacer llegar a ellos nuestros votos fervientes por que así sea, ya que ellos saben que estamos hombro con hombro en todo cuanto sea en bien de nuestra clase y del engrandecimiento de la misma.

E. M. R.

NOTICIAS MEDICO-SOCIALES

Congreso Médico Panamericano:

El jueves 27 del cursante mes llegó a nuestra Isla el Séptimo Congreso Médico Panamericano compuesto por alrededor de 300 médicos de los Estados Unidos y países de la América Latina, quienes viajaban en compañía de sus esposas.

A su arribo a este puerto, los miembros del Congreso fueron galantemente atendidos por el Capítulo de Puerto Rico y asistieron a diferentes actos organizados en su honor. También visitaron varias de las instituciones médicas de San Juan y pueblos limítrofes, y todos tuvieron frases de verdadero encomio para los organizadores de la exhibición científica llevada a efecto en el edificio de la Escuela de Medicina Tropical bajo los auspicios de ésta, del Departamento de Sanidad y de la División Médica de la P.R.R.A., la que resultó ser un fiel exponente del grado de adelanto en que se halla la clase médica puertorriqueña.

A las 9:00 de la noche de dicho día se celebró una recepción a bordo del "Queen of Bermuda" en obsequio a los miembros del Capítulo de Puerto Rico de la Asociación Médica Panamericana y a la cual fueron invitados también otros compañeros y autoridades de nuestro gobierno insular. Esta recepción, en la cual hubo derroche de alegría, se prolongó hasta las primeras horas de la madrugada, y puso fin a la visita con que nos obsequiara este año el Congreso Médico Panamericano.

Concedores del gran beneficio que reporta para la clase médica en general

este intercambio de conocimientos entre los médicos de los países latino-americanos, los ejecutivos del capítulo de Puerto Rico han obtenido la promesa de que el próximo congreso se detendrá en San Juan por dos días, en su viaje a Buenos Aires donde terminará, y que el Congreso de 1942 se celebre en Puerto Rico.

Dr. Hugh H. Young:

Conjuntamente con el Séptimo Congreso Médico Panamericano llegó a nuestra isla el ilustre profesor cuyo nombre encabeza estas líneas, amigo íntimo de nuestro actual presidente, el Dr. José C. Ferrer.

Accediendo a una petición que le hiciera nuestro presidente, el Dr. Young obsequió a la clase médica con una interesantísima conferencia ilustrada sobre el siguiente tema:

"Próstata en Mujeres y Condiciones Análogas".

A este acto, que se llevó a efecto en la noche del viernes 28 del cursante mes, asistió una nutrida representación de la clase médica puertorriqueña. También hicieron acto de presencia en esta noche varios miembros de la judicatura insular y representantes de distintas ramas del gobierno, especialmente invitados por nuestro activo presidente.

Durante su permanencia en nuestra isla, el Dr. Young fué huésped de honor del Hon. Blanton Winship, Gobernador de Puerto Rico y recibió muy merecidos tributos por parte de nuestra clase y del Hon. Rafael Martínez Nadal, Presidente del Sendao.

Dr. Eugenio Fernández García:

Aquejado de pertinaz dolencia se ha visto obligado a guardar cama últimamente, nuestro querido amigo, el Dr. E. Fernández García, ex-presidente de la Asociación Médica de Puerto Rico.

Al consignar con pesar esta noticia en nuestras páginas, hacemos fervientes votos por un pronto y total restablecimiento del estimado compañero.

**Asociación Médica del Dtto.
de San Juan:**

El próximo día 11 de febrero, a las ocho de la noche, se llevará a efecto en el edificio de la Asociación Médica de Puerto Rico la asamblea anual de la Asociación Médica del Distrito de San Juan.

En esta reunión se habrá de proceder a la elección de la nueva directiva y de los miembros de la Cámara de Delegados de la Asociación, y tendrán derecho a participar en ella solamente aquellos miembros que estén al día en

el pago de sus cuotas, ésto es, los que hayan pagado el año 1937.

Nuevos miembros:

Durante el presente mes de enero han hecho su ingreso a nuestra asociación los siguientes compañeros:

Dr. Eduardo R. Maldonado, de Río Piedras.

Dr. Donald R. Nelson, del Hosp. Presbiteriano.

Dr. Rafael M. Rivera, de Bayamón.

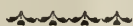
Nuevos comités:

La nueva directiva de nuestra Asociación, que celebró su primera reunión en la noche del 30 de diciembre ppdo., ha procedido a nombrar los nuevos comités de la Asociación para el año 1938, según podrá verse por la lista que incluimos al principio de este número de nuestro Boletín.

Es de esperarse que estos comités presten a la actual directiva toda su cooperación, a fin de que la obra a realizar por ésta, redunde en el mayor provecho para nuestra querida agrupación.

Antiphlogistine

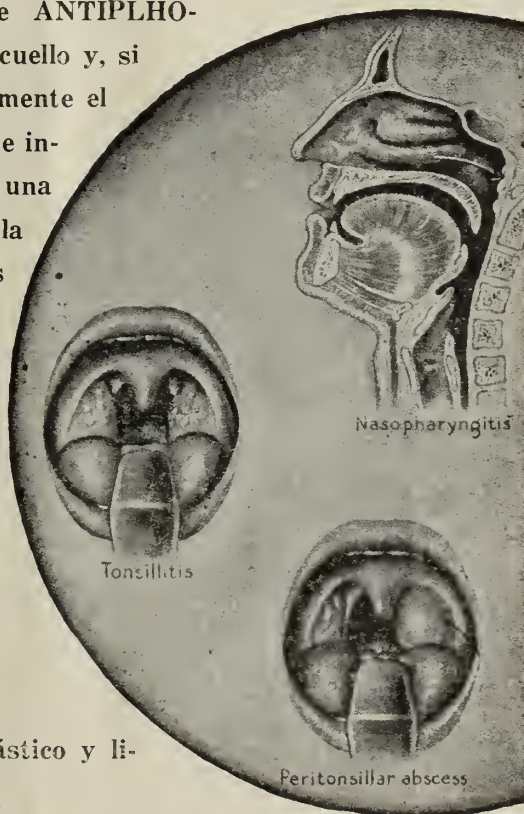
EN LAS ENFERMEDADES DE LA NARIZ Y LA GARGANTA



Las aplicaciones gruesas de ANTIPLHOGISTINE caliente—aplicadas al cuello y, si es necesario, cubriendo completamente el cuello de una a otra oreja—son de indiscutible ayuda para efectuar una reducción de la inflamación y la congestión en los tejidos faríngeos y laríngeos.

En las enfermedades de la nariz y la garganta, como las que se ilustran.... y en muchos otros estados.... la ANTIPHLOGISTINE ha sido recomendada por muchos años con resultados favorables y uniformes.

Una muestra de este apósito plástico y literatura se enviarán a solicitud.



THE DENVER CHEMICAL MANUFACTURING CO.

163 Varick St., Nueva York, E. U. A.

LUIS GARRATON & HNO., S. en C. - P. O. Box 1541, San Juan, P. R.

BELLERGA

Asociación de pequeñas dosis en proporciones sinérgicas de Bellafolna, inhibidor del vago, de Gynergen, frenador electivo del simpático, y de feniletilmalonilurea, sedante de acción central.

Estabilizador del sistema nervioso en su conjunto. Tratamiento del terreno neuropático, de las distonias neuro-vegetativas, en los estados nerviosos o depresivos, del eretismo nervioso, ansiedad, etc.

POSOLOGIA :

De 2 a 5 grageas (excepcionalmente 6) al día.



ENVASES :

Frasquito de 25 grageas
Frasco de 100 grageas.

Para muestras y literatura dirigirse a

SANDOZ CHEMICAL WORKS, INC.

61-63 VAN DAM ST.

NEW YORK, N. Y.

Insignias de Médico

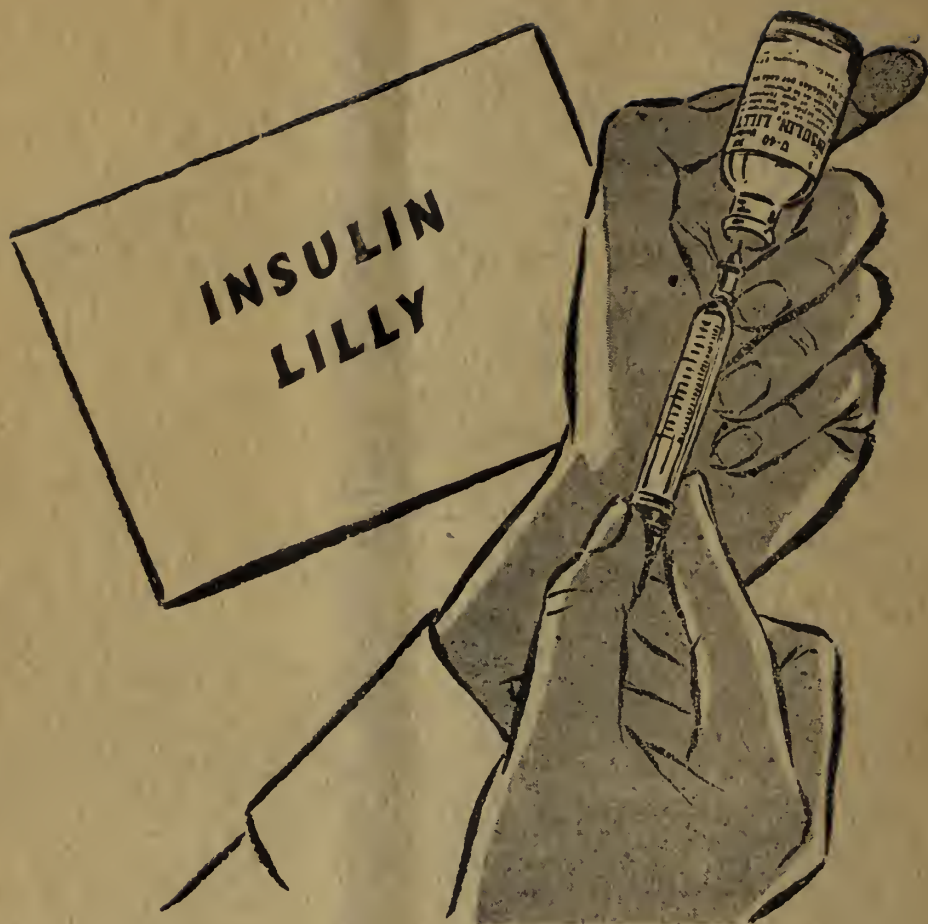


Cumpliendo con lo dispuesto por la Cámara de Delegados, nuestra directiva ha adquirido de la Asociación Médica Americana, cierto número de insignias para automóviles, que llevan al borde el nombre de nuestra Asociación, y las cuales se distribuirán solamente entre los médicos asociados.

Estos nuevos emblemas se expenderán a \$2.50 cada uno.

Todo compañero que desee hacerse de una o más de estas insignias deberá dirigirse al suscribiente, acompañando a su orden el importe de las mismas.

Dr. Antonio Ortiz
Tesorero



ESTE producto es altamente purificado y refinado y está desprovisto especialmente de proteínas reaccionarias. Insulin Lilly se ensaya con toda exactitud y su acción es uniforme.

Ha sido la política Lilly compartir con sus clientes el beneficio

de las economías derivadas de una producción en grande escala y, como resultado de ello, el Insulin Lilly puede hoy día comprarse a precios que representan sólo una pequeña fracción de su costo cuando se introdujo por primera vez a la profesión médica.

Lilly

ELI LILLY AND COMPANY

INDIANAPOLIS, INDIANA, E. U. A.

Año XXX

FEBRERO, 1938.

NUM. 2

BOLETIN

DE LA

ASOCIACION MEDICA DE PUERTO RICO

ORGANO OFICIAL

PUBLICACION MENSUAL

Ave. Fernández Juncos, Parada 19

Santurce, Puerto Rico

Entered as second class matter, January 21, 1931 at the Post Office at San Juan, Porto Rico, under the act of August 24, 1912.

INDICE



PAGINA

The Nephrotic Syndrome, Dana W. Atchley, M. D., New York	39
Tratamiento médico de la pancreatitis y de sus secuelas, A. Rodríguez-Ollerós, M. D., Madrid, España	47
Cáncer primitivo del pulmón, M. Guzmán Rodríguez, M. D., Mayaguez, P. R.	56
El tratamiento de la oftalmía gonocócica con la sulfanilamida — Informe Preliminar — Luis J. Fernández, M. D. y Ricardo F. Fernández, M. D., San Juan, P. R.	65
Treatment of Ulcers of the Leg, T. D. Slagle, M. D., Coamo, P. R.	70
Informe del Tesorero — Año 1937	75
Noticias Médico-Sociales	79

SUSCRIPCION ANUAL TRES DOLARES

Casa Baldrich, San Juan, P. R.

Thyropit (Cole)

EN EL TRATAMIENTO DE

Obesidad

Resultados satisfactorios se obtienen frecuentemente con Thyropit, (Cole's Comp. Endocrino No. 19) cuando se emplea para controlar la obesidad. Reducción en el peso es sostenido por largos periodos, pero no tan rápido para poner en peligro la salud del paciente.

Por sus componentes de tiroides y substancias pituitarias, Thyropit (Cole) frecuentemente rectifica los desarreglos metabólicos existentes, que conduce a depósitos de tejido adiposo.

Los procesos metabólicos se adelantan, llegando a un aumento en la combustión de tejido adiposo, y por consiguiente, pérdida en el peso. Aunque las restricciones dietéticas no son esenciales, para obtener resultados satisfactorios, se recomienda limitar en 1800 calorías diariamente la dieta.

Muestras de Thyropit para ensayo clínico, junto con literatura informativa, serán enviadas a los Sres. Médicos a solicitud.

COLE CHEMICAL CO. St. Louis Mo. EE. UU.

DISTRIBUIDOR:

ENRIQUE VELEZ POSADA

Calle Tanca No. 8, Box 1018 - San Juan, Puerto Rico

GLEFINA

PODEROSO RECONSTITUYENTE

FORMULA

Cada 100 c. c. de GLEFINA contiene:

Glefinol	0,125 grs.
Extracto de malta	16,000 "
Hipof. de manganeso	0,036 "
" " calcio	0,036 "
" " quinina	0,014 "
" " estriquina	0,004 "
" " potasio	0,052 "
Jarabe de cacao	30,000 "
Ext. fluido de naranjas amargas.....	1,000 "
V. c. s. para 100 cc. de producto.	

ANDROMACHUS CORPORATION

LONG ISLAND CITY, NEW YORK

ENRIQUE VELEZ POSADA

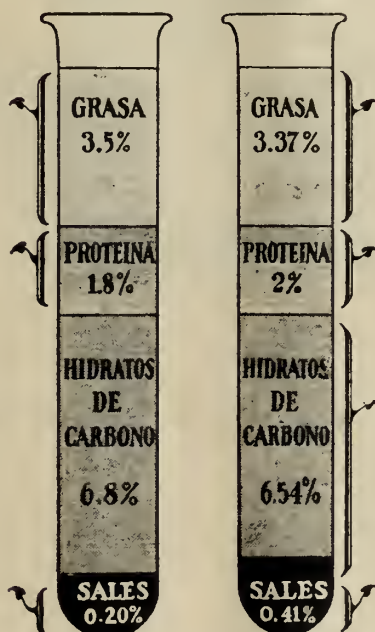
Calle Tanca Núm. 8, Box 1018, San Juan, P. R.

CUANTO MÁS SEMEJANTE A LA LECHE DE PECHO
SEA EL RÉGIMEN DEL NIÑO CRIADO AL BIBERÓN,
TANTO MEJORES SERÁN LOS RESULTADOS

RECOLAC

LECHE
DE PECHO

RECOLAC*



La grasa de la leche de pecho contiene solamente 1% de ácidos grasos volátiles.

La proteína de la leche de pecho contiene 50% más lactalbúminas que caseína.

El doble de sales de potasio que de calcio.

La grasa del Recolac contiene solamente 1% de ácidos grasos volátiles.

La proteína del Recolac contiene 50% más lactalbúminas que caseína.

La lactosa primitiva de la leche más Dextro Malto con Vitamina B.

El doble de sales de potasio que de calcio.

*Preparado a razón de 1 parte de sólidos por 7 partes de agua.

EL RECOLAC ES EL ÚNICO RÉGIMEN DE LECHE DE VACA QUE ENCARNE LA FÓRMULA FÍSICA, QUÍMICA Y BIOLÓGICA DE LA LECHE DE PECHO

Contiene vitaminas A, B (B₁), D y G (B₂), y hierro en abundancia. Indicado desde el nacimiento. De venta en todas las buenas farmacias y boticas.

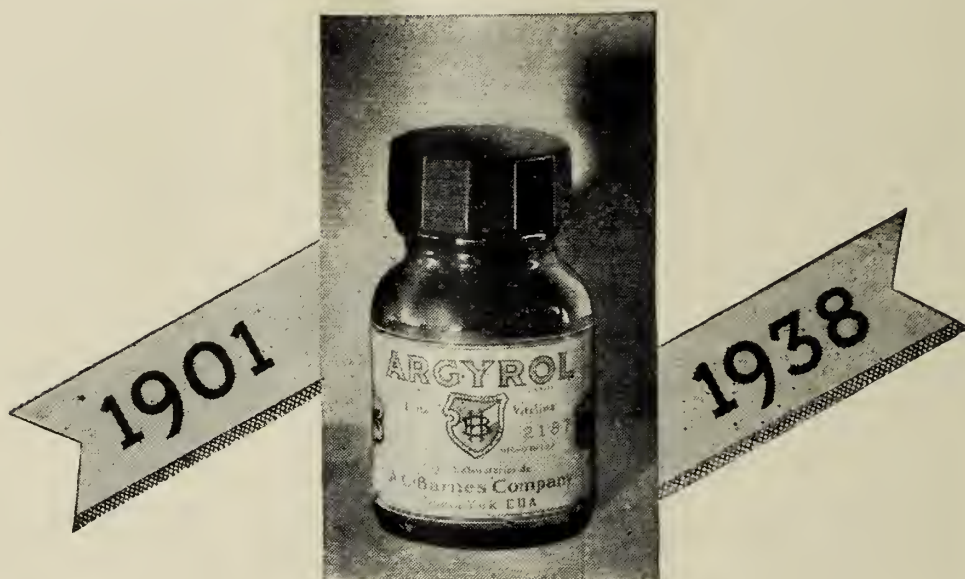
Muestras y literatura a disposición de los Sres. médicos.

MEAD JOHNSON & CO., EVANSVILLE, IND., E. U. A.

ENRIQUE VELEZ POSADA, P. O. BOX 1018, SAN JUAN

GONORREA SIN COMPLICACIONES

ARGYROL



"Lo único que necesito para curar mis casos de gonorrea es Argyrol y nitrato de plata: Argyrol para los casos agudos y sobreagudos, y nitrato de plata para los casos crónicos. Argyrol es indispensable en el ejercicio de mi profesión". Eso escribe un notable urólogo que, durante años, ha especializado en el tratamiento de la gonorrea.

El tratamiento de la gonorrea sin temor de complicaciones exige algo más que un antiséptico. Requiere esa combinación única de cualidades que han hecho de Argyrol durante largos años el específico terapéutico para la gonorrea y otras infecciones de la mucosa.

Argyrol no sólo destruye los gonoco-

cos alojados en la superficie, sino que, por su efecto sedativo sobre la mucosa inflamada, estimula la reacción del tejido sano y acelera la restauración normal.

Argyrol *no* es otra proteína de plata como hay tantas, sino el prototipo de los productos de su indole, que nadie ha podido duplicar con éxito. Química y clínicamente, es único en su género. Ningún otro contiene plata en las mismas condiciones físicas y químicas, ni proteína de tan alta calidad y tan adecuada a su aplicación. Asegure sus resultados especificando siempre el prototipo: BARNES.

S3842

Argyrol es fabricado solamente por A. C. BARNES



A. C. BARNES COMPANY, INC., NEW BRUNSWICK, N. J.

DESDE HACE 35 AÑOS, FABRICANTES EXCLUSIVOS DEL ARGYROL Y EL OVOFERRIN

"Argyrol" es un producto de marca registrada, propiedad de A. C. Barnes Co., Inc.



KAOMAGMA

MAGMA ALUMINAE ET KAOLINI

- adsorbe las toxinas intestinales
- detiene la diarrea
- suspende la deshidratación
- suaviza la mucosa inflamada

KAOMAGMA es una preparación del caolin medicinal más fino cuya capacidad de adsorción se ha activado varias veces por medio de la dispersión flúida en gel de óxido de aluminio. Kaomagma da firmeza y solidez a las heces líquidas e impide la disminución de la cantidad de líquidos como ocurre en los estados diarreicos. Adsorbe gases, mucosidades y toxinas bacterianas, lo que evita toda nueva irritación de la mucosa intestinal. Al mismo tiempo, su acción suaviza y protege decisivamente la membrana que tapiza los intestinos, reduciendo el dolor y la incomodidad y acelerando el retorno de la función intestinal normal.

*Kaomagma Simple y Kaomagma con Aceite
Mineral se surte en frascos de 175 c. c.*

JOHN WYETH & BROTHER INCORPORATED
PHILADELPHIA, PA., E. U. A.

Distribuidores: CASTAGNET & CASTILLO CO. - P. O. Box 618, San Juan, P. R.



TRATAMIENTO ENDÉRMICO

en casos de
RESFRIOS Y AFECCIONES RESPIRATORIAS

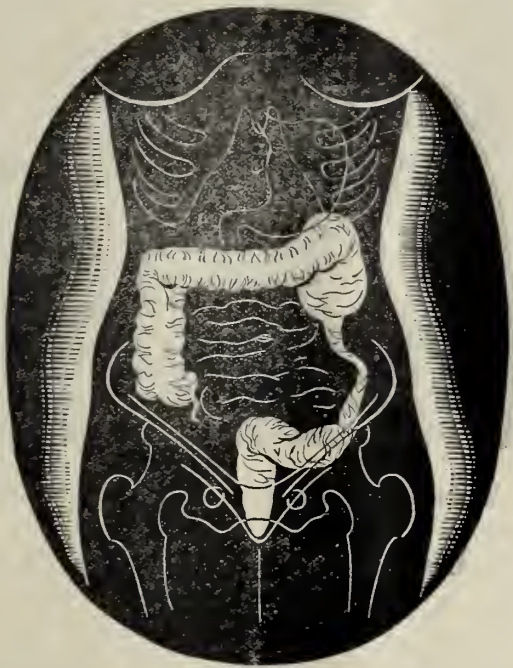
Las aplicaciones externas del emplasto Numotizine no sólo producen los efectos hiperémicos y descongestivos de la cataplasma de caolin, sino que a la vez sus ingredientes anti-piréticos guayacol y creosota se desprenden para ser absorbidos por la piel.

De esta manera los órganos digestivos quedan libres para la administración de otras drogas si fuere necesario.

Calentando Numotizine a la temperatura del cuerpo puede extenderse sobre una gasa o tela basta y aplicarse sobre el pecho, axilas o espalda. También, si se desea, puede usarse conjuntamente con la camisa para pulmonía.

NUMOTIZINE, INC.
900 NORTH FRANKLIN STREET, CHICAGO, E. U. de A.

Distribuidores Exclusivos en P. R.: ROBERT & SANTINI, INC.
Avenida Ponce de León 250 - San Juan, Puerto Rico.



ESTRENIMIENTO ESPASMODICO

Cuando por cualquier causa se presenta un caso de estreñimiento espasmódico, el tratamiento recomendable es una dieta blanda y no irritante, excluyendo, naturalmente, todo catártico.

Por su efecto blando y suavizante el Petrolagar Simple es admirablemente adecuado para tales casos. Produce evacuaciones suaves y fáciles, sin ninguna irritación.

Petrolagar

Distribuidores: CASTAGNET & CASTILLO CO. - P. O. Box 618, San Juan, P. R.

Especifique "NEOSALVARSAN"



El evento de la época en la historia de la SIFILIS

NEOSALVARSAN

(Reg. U. S. Pat. Off.)

Neosalvarsán es el producto genuino y original del profesor Paul Ehrlich.

Tiene una perfección máxima que jamás podrá ser superada en potencia terapéutica ni en tolerancia. Al prescribir, siempre especifique "Neosalvarsán-Metz".

NOTA:—Los precios de Neosalvarsán han sido considerablemente reducidos.

NUEVO PREPARADO ANTISIFILITICO

CYCLOBIS

(Reg. U. S. Pat. Off.)

Cyclobis (canfenilato de bismuto). Contiene 30% de bismuto en una solución oleosa. No irrita ni duele después de inyectarse.

Indicaciones: Sífilis en todos sus períodos.

Dosis: 1 inyección intraglútea a la semana.

Envases: Ampollas de 2 cc., cajas de 5 frascos de 60 cc.

WINTHROP CHEMICAL COMPANY, INC.

NEW YORK, N. Y.

Representada por

PROPRIETARY AGENCIES, INC.

Calle Comercio No. 21 - San Juan, P. R.



BOLETIN DE LA ASOCIACION MEDICA

DE PUERTO RICO

PUBLICADO MENSUALMENTE BAJO LA DIRECCION DE LA JUNTA EDITORA

Año XXX

FEBRERO, 1938.

Número 2

THE NEPHROTIC SYNDROME *

DANA W. ATCHLEY, M. D.

New York, N. Y.

The term nephrosis has provoked endless discussion since Frederick Muller first suggested it in 1905; not only its anatomical and clinical connotations but even its etymology have served as a source of many acrimonious arguments. Proposed originally as a morphological designation implying degeneration rather than inflammation, its meaning has been extended to include a vast array of unrelated clinical and pathological conditions, most of which are not pertinent to any practical discussion. However, there is recognized at present a clinical and physiological pattern which is sufficiently characteristic and oft recurrent to justify its being called the nephrotic syndrome.

I would like to define the nephrotic syndrome as a clinical state characterized by the following essential components: edema, decreased serum albumin and albuminuria. Usual but no essential additional findings are a low basal metabolism and an elevated blood cholesterol. This purely clinical syndrome has no characteristic anatomical

changes in the kidney or indeed elsewhere in the body. One hundred years ago, Bright in his classical description of a composite patient suffering from the disease he had just recognized, included the nephrotic syndrome in these words: "His face is swollen, his ankles puffy, his hands edematous; his urine contains a notable quantity of albumin; the serum is milky and nice analysis will detect a great deficiency of albumin". If one grants the existence of true nephrosis; it may be stated that the nephrotic syndrome may occur (1) in true nephrosis, (2) as a stage in chronic glomerular nephritis, and (3) in amyloidosis of the kidneys. In spite of the inconsistency of the fact that albuminuria is not always present, I would like for physiological reasons to include as an example of the nephrotic syndrome, the state of edema and low serum albumin found in certain cases of malnutrition, particularly those in which there has been great restriction of dietary proteins. This type based on malnutrition is rather rare in New York but is quite common in other parts of the world. It is found where economic conditions are extremely poor and

* Paper read at the annual meeting of the Puerto Rico Medical Association, December 18, 1937.

where national habits of eating tend to exclude protein foods.

Amyloid nephrosis may be seen, of course, in all those conditions where the deposition of amyloid occurs. The nephrotic stage of glomerular nephritis is common in adults but relatively rare in children. The age distribution of true nephrosis is quite the reverse; it is exceedingly rare in adults and occurs relatively frequently in children.

It has been our good fortune in the last two or three decades to see many of the manifestations of disease subjected to genuine scientific analysis. Hitherto, classical clinical descriptions had merely enumerated these manifestations, designating them by the major diagnosis with which they were associated. Thus, we spoke of nephritic edema, cardiac edema or inflammatory edema. With the new analytic point of view we discard this elementary identification and perform what may be called a physiological dissection, arriving thereby at the underlying mechanisms concerned in the production of edema in each individual case.

It is necessary, therefore, in discussing with you the problem of edema in nephrosis to review the basic forces concerned in causing an increase of water in the intercellular spaces, i.e., edema. Time limitations prevent an exhaustive presentation of all the facts, hence I shall try to include only a brief exposition of the physiological equilibria whose alteration leads to edema formation. Of necessity, such a program is further limited by constant collision with the barriers that still separate us

from the unexplored fields of knowledge. It is only by comparison with the lack of understanding of 25 years ago, that the physician can indulge in a complacent attitude as to present knowledge.

The interstitial fluids are kept constant in the normal person by a remarkable balance between the *physical* pressure of the blood in the capillaries, derived primarily from the heart beat, and the *osmotic* pressure of the plasma, derived essentially from its proteins. This is the famous Starling hypothesis. Many careful investigations have proved that this hypothesis stands the test of quantitative analysis and that the exact figures for the two pressures expressed in equivalent terms, such as millimeters of mercury, have the appropriate relationships. At the arterial end of the capillary, the physical pressure exceeds the osmotic pressure so that fluid moves out into the tissues; at the venous end of the capillary the osmotic pressure is increased by the concentration resulting from this loss of water and the physical pressure is decreased for similar reasons, so that fluid then passes back into the capillary. Experiments on animals have shown that the physical pressure on the arterial end is approximately twice that on the venous. The net result of this dynamic equilibrium between filtration and reabsorption is the maintenance (in the normal) of a constant water content in the intercellular spaces. Disease, however, can change either the capillary blood pressure or the osmotic pressure to such an extent that normal conditions cease to exist. Under these circumstances edema may then appear.

Even in the normal, it is possible to cause slight edema of the ankles by standing over long periods of time adding thereby the pressure of gravity to the normal capillary pressure.

Exact measurement of only one of these pressures is possible in the light of our present knowledge. This is the osmotic pressure, which can be determined by an estimation of the serum proteins. Factors are known whereby the percentages of albumin and globulin can be accurately translated into osmotic pressure expressed as millimeters of mercury but the simple protein percentages are adequate for practical clinical use. The physician who is unaware of the necessity of such information in the treatment of edema, wherever it appears, is liable to many confused interpretations of his inadequate data.

Epstein in 1917 made a brilliant application of the Starling hypothesis to the mechanism of edema production as it occurs in the nephrotic syndrome. He pointed out that a low serum protein implied a lowered plasma osmotic pressure and that thereby the equilibrium between capillary blood pressure and plasma osmotic pressure at the capillary wall was seriously altered in a direction that would further the collection of fluid in the tissue spaces. It was subsequently proved by many workers that the decrease in serum protein is relatively much greater in the albumin fraction than in the globulin, so that the normal albumin-globulin ratio is reversed. Since albumin is a smaller molecule than globulin it exerts a much higher osmotic pressure, consequently

its loss from the blood stream would cause an even more serious decrease in plasma osmotic pressure than was at first suspected. There can be no doubt that this lowered osmotic pressure plays an important role in the production of edema in the nephrotic syndrome. Experimental depletion of serum albumin in dogs by means of plasmaphoresis or protein starvation results inevitably in general edema if carried beyond a certain critical level. The final state of these animals is identical with that seen in the nutritional edemas and one may assert with confidence that a lowered osmotic pressure is the main factor in causing that variety of the nephrotic syndrome. However, in true nephrosis the mechanism is not as clear and we have not infrequently seen instances of the disappearance of edema with no change in the measurable constituents of the serum. This serves to remind us that we know very little about the capillary wall and the influences that may alter its function. Nevertheless, the application of the Starling hypothesis to this problem was a great physiological advance.

If it is not too great a deviation from my subject, I would like to pause a moment to point out that the occurrence of general edema, i.e. edema not due to strictly local causes, should always suggest an estimation of serum protein content. This test is still much neglected by medical practitioners although it is an essential aid in the appraisal of any type of edema. For example, a certain number of chronic cardiac patients eat improperly and thus decrease their serum proteins to levels that tend to augment the edema producing mechanisms arising from cardiac

failure. The practical therapeutic value of such information is obvious.

Long before the importance of changes in plasma osmotic pressure was clearly understood, it was realized that nephrotic edema was highly susceptible to variations in the intake of sodium chloride. For many years the chloride ion was assigned the chief role in causing the edema and it was held to exert some mysterious effect upon the kidney. Blum later showed that whereas sodium chloride would cause edema to increase, potassium chloride or calcium chloride would cause it to decrease; conversely, sodium bicarbonate would act as did sodium chloride. These observations pointed to sodium as the significant electrolyte, and modern work has amply confirmed Blum's investigations. We have carried out, at the Presbyterian Hospital, comparative balance experiments on a nephrotic individual and a normal man, studying the relationship between salt ingestion and excretion, after the administration of sodium chloride, potassium chloride and ammonium chloride. There was no significant qualitative difference between the two individuals as to the renal excretion of these electrolytes although, of course, the nephrotic patient did not excrete as much of the various ingested salts. But even this quantitative difference could be diminished if the normal individual were dehydrated by salt restriction prior to the experiment. This dehydration produced a demand for sodium in the interstitial fluids analogous to that in the nephrotic patient. The demand in the normal was due to his artificial dehydration; in nephrosis, it was due to

the need of sodium to build up the electrolyte structure of the edema fluid. Indeed, the present concept of the relation of sodium to the accumulation of edema is based on the assumption that no extracellular fluid can exist in the tissue without a skeletal framework of sodium. Edema fluid cannot be pure water. Hence, if a tendency to edema is present, restriction of sodium (or practically, sodium (chloride) will tend to inhibit the production of edema and on the other hand easy availability of sodium will accelerate the process. Thus it is obvious that the well known palliative effect of salt restriction in nephrotic edema has no peculiar specificity but is a benefit indigenous to salt restriction in any form of edema that is not dependent upon seepage through a damaged capillary wall. May I interject a word of caution concerning the several patent salt substitutes urged for the use of edematous patients: these salts are usually sodium salts of some organic acid and they therefore affect edema just as does sodium chloride and they certainly are far less satisfactory condiments.

It is apparent that the nephrotic syndrome, regardless of its setting, has two important therapeutic approaches, sodium (salt) restriction and increased dietary protein. The former is well proved by long experience. It is accomplished, of course, by the elimination of sodium chloride from the preparation and serving of all foods, but it must not be overlooked that extradietary procedures such as saline throat irrigations or bicarbonate of soda for gastric distress

may add appreciably to the sodium intake.

The value of a high protein diet is less clearly established. When the decreased serum protein is due to protein starvation a diet adequate in this constituent is rapidly curative. But there is little evidence that high protein diets in genuine nephrosis, amyloidosis or glomerular nephritis alter the level of the serum protein in any significant degree. No doubt our earlier therapeutic protein restriction caused a moderate degree of harm, and it should be our duty to see that the protein requirements are fulfilled, and due to the large loss of albumin in the urine these requirements are obviously somewhat greater than those of a normal individual. However, the actual positive value of an excessive protein intake seems negligible when compared to the practical difficulties, for it is both expensive and, to some individuals, distasteful.

I would like to mention one more general consideration before passing on, viz, the hypothesis that the decreased serum protein in certain types of nephrosis is dependent upon loss of albumin in the urine. It is an attractive hypothesis, but I feel that the attempts to prove it have so far been unconvincing. It may well be an accessory factor but there are too many gaps in the evidence to accept this mechanism as the entire explanation.

Of the four important types of background for the nephrotic syndrome, malnutrition is the easiest to diagnose and treat. Even if the history be inadequate, the immediate response to a normal protein intake leaves little doubt as

to the etiology. This simple disease requires less discussion than the others of the group.

When extensive amyloid disease is clearly present the appearance of the nephrotic syndrome offers no diagnostic problem but there are some cases in which the existence of amyloid is less certainly established. Such patients are difficult to separate diagnostically from glomerular nephritis or true nephrosis. Of course, continued observation will eventually clarify the issue, but application of the Congo Red test originally suggested by Bennhold may be of immediate aid to a precise classification. If Congo Red is injected into the blood stream of a patient with amyloid disease the affinity of Congo Red for amyloid tissue causes the dye to disappear rapidly. In one hour 60 to 100 per cent may be absorbed, whereas in normal or nephritic individuals only 10 to 15 per cent is lost. Unfortunately, in true nephrosis 40 to 60 per cent may leave in one hour so that there are borderline possibilities which interfere with the reliability of the test. Very rarely, however, does a figure above 60 per cent mean anything but amyloidosis, according to the results that have been published. The prognosis of amyloid nephrosis, contrary to general belief, is not hopeless, but it is distinctly bad and there is no treatment other than that of the nephrotic syndrome in general.

Patients suffering from the nephrotic stage of glomerular nephritis may for purely practical reasons be divided into those that are unquestionably glomerular nephritis and those that simulate genuine nephrosis with no feature

identifying them with the first group. This is an important discrimination in relation to both prognosis and therapy, for glomerular nephritis progresses uniformly to a terminal uremia whereas true nephrosis has a high percentage of complete recovery.

When it exists, the best proof of glomerular nephritis is evidence pointing directly to renal inflammation, such as a history of onset following an acute hematuric nephritis or the discovery of red blood cell casts in the urine. Unfortunately, the onset is usually insidious and in the nephrotic stage typical casts are rare. Many read blood cells in the urine, over 50 million on Addis count, usually indicates real nephritic damage but this manifestation also occurs with no great regularity. In our small group of cases followed over some years primary evidence of inflammatory activity was a helpful feature in less than half of the cases. Elevation of arterial blood pressure, the appearance of secondary anemia, of nitrogen retention or of retinal arteriosclerosis may together settle the diagnosis or separately give strong indication of nephritic background. In our experience secondary anemia is rare in nephrosis but quite common in chronic glomerular nephritis. Occasional elevation of blood pressure does not rule out nephrosis nor does a temporary increase in blood urea. We have seen both in proved cases. Thus it is apparent that clinical differentiation between chronic glomerular nephritis and nephrosis may be impossible with the methods at our command at present.

The prognosis of glomerular nephritis is grave. Its usual steady progres-

sion to the final renal insufficiency is familiar to all. Nevertheless, the duration of the disease in its nephrotic form may cover many years. In our nephritis clinic there are not a few cases who are leading fairly normal lives two to seven years after the onset of edema. I would therefore urge that prognostic statements be not too pessimistic in view of this uncertain time element. The therapy that was outlined for the nephrotic syndrome in general applies also to these patients but it must naturally include in addition such measures as are indicated by the nephritis itself. Foci of infection need careful attention and the matter of infection in general deserves special care although no permanently curative effect may be expected there from. Transfusions are of real palliative value, serving the double purpose of correcting the secondary anemia and to a certain degree the decrease in blood proteins.

We may now turn to a discussion of genuine or lipid nephrosis. I have assumed in the foregoing remarks and, indeed believe, that this is a distinct entity although some workers in the field of renal disease would dissent on the grounds that it merely is a stage in the development of glomerular nephritis. Neither time nor inclination would permit a detailing of this controversy. I feel that there are convincing anatomical and clinical reasons for placing this group in a separate category. The outstanding anatomical characteristic of true nephrosis is to be found in the absence of pathological changes. The kidneys are infiltrated with double refractile lipoids, but they present no significant glomerular or vascular chan-

ges. The other organs show nothing. Early in the disease even the kidneys may be normal. We have had such a case at the Presbyterian Hospital. This individual died of a pneumococcus infection in the first weeks of a typical lipoid nephrosis. His kidneys were edematous but otherwise normal.

Consideration of the life history of true nephrosis adds to our conviction that it has a real identity. The insidious, symptomless onset of edema, the increase in blood cholesterol levels, the low basal metabolism with the accompanying refractoriness to thyroid administration, the remarkable susceptibility to pneumococcus infections, the long course lasting occasionally from two to four years, and finally the high percentage of complete recovery; these facts combine to form a unique pattern. One must admit that a cross section view of nephrosis may be simulated exactly by cross sections of certain cases of glomerular nephritis or amyloid disease, but the longitudinal section, the life cycle, is very different.

Granting that there is a separate disease condition to be labeled genuine nephrosis, what is its primary pathogenesis? It has been variously ascribed to renal damage (microscopically undeterminable), disturbances of lipoid metabolism, and inhibition of the tissues (whatever they may be) that manufacture serum albumin. Epstein suggested that there was a change in the serum proteins which permitted their passage through the kidneys and hence their depletion. Until recently there was no supporting evidence for this

hypothesis. A most interesting and stimulating contribution to this field has been made by Goettsch and Kendal at the College of Physicians and Surgeons in New York. They immunized rabbits against normal serum albumin and globulin. The antisera thus obtained will precipitate the corresponding albumin or globulin so completely that they may be used for the quantitative estimation of these proteins. In normal individuals a comparison of the percentage of serum albumin or globulin as determined by the precipitin and the usual chemical technique gave identical results. In nephrosis on the other hand, only a small part of the albumin and globulin was precipitated by the immune sera. These experiments would lead one to infer that albumin and globulin in nephrosis differ in their constitution from normal serum proteins. Further work showed that the abnormal proteins disappeared as the patients recovered and finally these workers were able to make precipitins for the nephrotic proteins and with them satisfactorily quantitate serum albumin in nephrosis. The urinary albumin excreted by cases of nephrosis turned out to be normal albumin, a very disappointing result for those who assumed that the loss of albumin in the urine was dependent upon a change in the character of serum albumin. The work I have just detailed is further evidence that true nephrosis is a disease of broader implications than localized renal pathology. If future work substantiates the fact that the blood proteins in nephrosis are not only less in amount but also abnormal in type, it would seem to be an outstanding contribution to the mechanism of nephrosis.

As I have already stated, the prognosis in true nephrosis is good, for over half the patients recover. Most of the fatalities are due to pneumococcus infections, particularly peritonitis. The peculiar susceptibility of these patients to the pneumococcus is one of their most individual characteristics and is not to be found in glomerulonephritis. The mortality in most reported series would be very low if such infections were excluded. This fact is of paramount importance to the future of a patient with nephrosis and I feel that it has been decidedly neglected as a therapeutic consideration. If there is a climate or a geographic location where the pneumococcus is less prevalent it should be a safer place for the true nephrotic. If there are any methods of eliminating the pneumococcus or of increasing resistance to it, such procedures would seem to be indicated. I am not certain that there are practical equivalents of these suggestions, but I am certain that they should be further discussed and explored.

Blackman in a recent series of papers insists that true nephrosis is in its entirety a manifestation of pneumococcus invasion, in fact he uses the term pneumococcal lipoid nephritis to designate this disease. In a series of experiments on rabbits, lasting two to six days, he produces by means of injections of a pneumococcal toxin a state which he interprets as a nephrosis analogous to that found in human beings. This work is interesting, but I do not believe that it is as final as Blackman's conclusions would imply.

Treatment of true nephrosis, exclusive of that required for the nephro-

tic syndrome, i. e. salt restriction and adequate dietary proteins, and of general measures of good hygiene and nutrition, resolves itself into a variety of attempts to dispel the edema. Transfusions may help by increasing the serum proteins temporarily and along similar lines, the intravenous injection of gum acacia may increase the plasma osmotic pressure enough to restore a normal equilibrium for a brief time. Combinations of saline diuretics such as ammonium or calcium chloride (5 to 15 grams daily) with mercurial diuretics such as salyrgan or mercupurine are often successful, however, one should never use the mercurial diuretics where there is evidence indicating damaged renal function or subacute nephritis. Thyroid administration is of little value although it is a customary procedure if the basal metabolism is low. Intravenous typhoid vaccine followed by a sharp febrile reaction caused, or at least preceded, a remarkable diuresis in one of two of our cases. These therapeutic methods are palliative. The patient with true nephrosis, if fortunate enough to avoid pneumococcal invasion, will recover in the natural course of the disease.

Although we have not been able to develop specific cures for the various types of patients suffering from the nephrotic syndrome, at least we no longer bedevil them with sweatings, purges and semi-starvation. Moreover, steady progress is being made in the clarification of the mechanisms involved and in the use of such rational therapies as these mechanisms may suggest.

TRATAMIENTO MEDICO DE LA PANCREATITIS Y DE SUS SECUELAS.

A. RODRIGUEZ-OLLEROS, M. D.

Jefe de Trabajos de la Clínica Universitaria de terapéutica de Madrid. Director: Prof. T. Hernando.

Madrid, España.

Para mayor comodidad de la exposición, consideramos conveniente dividirla en los cuatro puntos siguientes:

- a) Pancreatitis aguda o drama pancreático.
- b) Pancreatitis ligera aguda.
- c) Pancreatitis ligera evolutiva.
- d) Secuelas de las pancreatitis: Insuficiencia externa pancreática.

PANCREATITIS AGUDA

No está claramente dilucidado, ni mucho menos, cuando debe intervenir una pancreatitis aguda y cuando se la debe someter a un tratamiento médico. Cirujanos de tanto prestigio como Schmieden y Sebening, Guleke, Zoepffel y Bergareche, aconsejan la intervención lo antes posible. La estadística de los dos primeros es impresionante: Son 2,137 casos de pancreatitis aguda recogidos entre 104 servicios clínicos. De estos casos fueron operados 1,278 y no lo fueron el resto, bien por tratarse de casos de extrema gravedad o por ser extremadamente leves. De los no operados falleció el 95 por 100 (debe tenerse en cuenta que muchos de estos enfermos estaban ya en estado comatoso al ingresar en la clínica). Entre los operados,

hubo un 51.2 por 100 de mortalidad y 48.8 por 100 de curaciones. El tanto por ciento mayor de defunciones se da en los enfermos operados en estado de necrosis pancreática, y se eleva a 68 por 100, mientras que en los operados en el primer estadio de la pancreatitis aguda sólo se dió 23.7 por 100 de defunciones.

Por el contrario, las estadísticas de Nicolaus, L. Strauss, Hormann y la nuestra nacional (excepto Bergareche) son mucho más favorables al tratamiento médico que al quirúrgico.

El criterio dominante en los trabajos modernos se inclina por el tratamiento médico.

Sin embargo, razonando de acuerdo con la fisiopatología del páncreas, no se puede ni se debe adoptar resueltamente ninguno de los dos partidos.

Parece demostrado que el primer estadio de las pancreatitis agudas es la inflamación simple (el edema pancreático que describió Zoepffel), tras el cual ocurren sucesivamente las hemorragias pancreáticas y la necrosis grasa.

Naturalmente que, en los casos en que por tratarse de un sífilítico o un

arterioesclerótico el drama pancreático se desencadena por la rotura de un vaso (apoplejía pancreática), la hemorragia precede a la inflamación.

Actualmente contamos con suficientes medios de diagnóstico para darnos cuenta a la altura en que se encuentra el proceso. En los estadios tempranos, en el simple edema pancreático, podremos demostrar en la orina con el sencillo y rápido método Wohlgemuth, y en la sangre, con los más complicados de Berta Oltenstein y De Rona una desviación de amilasa y lipasa, es decir, el paso de estas sustancias a la sangre en lugar de evacuar por el conducto de Wirsung. Pero como los islotes de Langerhans aún se conservan intactos, la glicemia no estará elevada, y aún pudiera ser que una mayor producción de insulina ocasionase hipoglicemia, porque la congestión del páncreas puede activar la función de las células formadoras de insulina. (V. Bergmann lo ha visto clínicamente; Rodríguez Ollerós ha obtenido en perros, por shock histamínico y peptónico, hipoglicemia tardía, coincidiendo con intensa congestión del páncreas).

En el estadio de necrosis pancreática, la parte glandular ya destruída en su mayor parte produce poco fermento, y, por tanto, éste no se encontrará en exceso ni en la sangre ni en la orina, sino por el contrario, como las ínsulas son también destruídas, habría insuficiencia insular espontánea o provocada y encontraríamos hiperglicemia y reacción patológica en la prueba del azúcar.

Fr. Bernhard deduce de estas consideraciones que, cuando nos encontremos

frente a un caso de edema agudo pancreático, se debe adoptar una actitud expectante, mientras que en la necrosis se debe intervenir. Esta no sería siempre una conducta correcta, ni mucho menos, porque como el tránsito por el edema pancreático es obligado casi siempre, nos encontraríamos con enfermos sorprendidos en estadio de edema, pero condicionado por causa no reversible como, por ejemplo, un cálculo que obstruye la ampolla de Vater, o un ascari que tapa el conducto de Wirsung, en los cuales toda expectación conduce con certeza al drama pancreático.

Por el contrario, no sería indicado el intervenir en una pancreatitis aguda simpática de una parotiditis, aún cuando se presente con hiperglicemia, siempre que los restantes síntomas clínicos no indiquen supuración o reacción fuerte peritoneal.

Ante el problema del tratamiento de las pancreatitis agudas el internista debe tener un criterio eclético. En la gran mayoría de los casos las pancreatitis se desencadenan por la obstrucción calculosa del colédoco y el subsiguiente reflujo biliar a los conductos pancreáticos con activación del jugo que éstos contienen. Si se demuestra esta etiología por los antecedentes del enfermo y por otros datos (pigmentos biliares en orina, etc.), debe operarse sin más pérdida de tiempo.

En la necrosis pancreática ya establecida, demostrada por los métodos funcionales o sospechada por el cuadro clínico—cuadro de shock, con intenso decaimiento, pulso hipotenso pequeño y lento por irritación del vago, fiebre, leu-

cocitosis con granulocitosis neutrófila y eosinofilia—, y, sobre todo, si se presentan los síntomas peritoneales —aumento de la fiebre, de los leucocitos, hipo, vómitos, etc.— debe intervenirse con urgencia.

Para los otros casos, y *siempre* mientras se espera el momento de la operación, se establecerá la siguiente terapéutica:

- 1.—*Reposo absoluto del órgano.*
- 1.—*Terapéutica de sustitución.*
- 3.—*Terapéutica de inhibición triptica.*
- 4.—*Terapéutica sintomática.*

I.—Por la ingestión de alimentos se producen en el páncreas, como en las otras glándulas digestivas, una congestión y una mayor secreción de fermentos. Estas son las condiciones que más favorecen la producción y el mantenimiento de las pancreatitis. V. Bergmann y Guleke han visto durante sus investigaciones para producir pancreatitis experimentales, que ciertas irritaciones que durante el reposo del órgano no son seguidas apenas de lesión, en cambio, cuando se producen durante el período digestivo, desencadenan una pancreatitis aguda.

Los enfermos de pancreatitis aguda deben permanecer a dieta absoluta de sólidos y líquidos hasta mantener completamente alejado todo peligro. Este período debe durar por lo menos ocho días.

Complemento de esto es la colocación permanente de bolsa de hielo en la región pancreática.

II.—Deberán administrarse grandes cantidades de líquido, para mantener el tono circulatorio y favorecer la diuresis, y las calorías indispensables juntamente con el líquido. El método más sencillo es el administrar por enteroclisia 2 a 2½ litros de solución de glucosa al 10 por 100. Otros autores prefieren la vía intravenosa para la administración de las calorías y la subcutánea para la de líquidos e inyectan solución de glucosa al 40 por 100 intravenosamente. Se pueden administrar 40 a 60 c. c., de la solución glucosada, en varias veces o en inyección lenta, gota a gota.

Complementase el tratamiento con la administración de pequeñas y repetidas dosis de insulina; por ejemplo, 10 unidades, dos o tres o más veces al día, vigilando si es posible la glicemia, si no, con la administración simultánea de glucosa. La insulina evita que una insuficiencia de esta secreción acelere el proceso inflamatorio pancreático.

III.—Tanto las lesiones locales pancreáticas como las consecutivas del riñón e hígado son producidas por la acción de la tripsina derramada y activada. Es, pues, lógico intentar la neutralización de esta acción triptica. Dejando a un lado su profilaxis, de la cual me ocuparé más adelante, tengamos presente los trabajos de Hormann (1932) y Baumann (1933). Hormann inyecta a sus enfermos de pancreatitis aguda, dos veces al día, 15 c. c. de sangre desfibrinada por vía intramuscular, pretendiendo exaltar así las defensas. Baumann ha realizado unas interesantes investigaciones sobre la acción de algunos medicamentos sobre la digestión de la caseína por la tripsina. Para lo que

nos interesa, este autor ha visto que la tripaflavina y el rivanol a concentraciones 1:15,000 disminuyen a la mitad el poder digestivo de la tripsina, y en solución 1:30,000 rebajan en un cuarto esta acción. Como tales concentraciones se pueden conseguir en el hombre por inyección intravenosa, ello tiene evidentemente interés clínico.

IV.—Los productos de desintegración que libera la acción trípica son la causa del grave cuadro de intoxicación y shock que presentan los enfermos que nos ocupan. A más de los abundantes líquidos glucosados, se administrará siempre por vía parenteral excitantes cardíacos, tónicos cardíacos y demás fármacos circulatorios, según las necesidades de cada caso.

Pasados los días de agudeza en que precisa el enfermo estar a dieta absoluta, se le comenzará a dar agua azucarada, te frío, harinas de las utilizadas para los niños, administradas con te, arroz en puré y cocido, yema de huevo, etc., acompañando o no esta alimentación de insulina, según los casos.

PANCREATITIS LEVES

Las pancreatitis ligeras son casi siempre enfermedades secundarias y aparecen como complicación de las enfermedades de las vías biliares y de ciertas enfermedades de estómago y duodeno. El tratamiento casual de las pancreatitis ligeras estará, por lo tanto, en el tratamiento a fondo de las enfermedades que puedan producirlas: coledocistitis, colecistitis, coliquinesias, úlceras duodenales, úlceras gástricas perforantes en páncreas, duodenitis, etc.

Pero, no obstante, una pancreatitis leve evolutiva, ya establecida, sigue cursos muy diferentes según sea bien dirigido o no el tratamiento a que sometemos los pacientes.

Una pancreatitis ligera evolutiva mal tratada puede desembocar un día, tras una pancreatitis aguda ligera, en el drama pancreático; y, de otra parte, puede llegar a ocasionar una atrofia tal de la porción glandular que conduzca a una aquilia pancreática casi completa e irreversible. También la inflamación de los acinis puede englobar las ínsulas y producir diabetes. Esto ocurre sobre todo cuando existe un *minus varianti* del aparato insular (¡obesos!).

La pancreatitis aguda ligera es generalmente un primer estadio casi siempre reversible de la pancreatitis aguda corriente. Equivale al estadio anatómico del edema pancreático, con distensión muy dolorosa de la cápsula pancreática.

Una vez establecido este síndrome, su tratamiento debe ser exactamente igual al tratamiento médico anteriormente indicado para los restantes casos de pancreatitis aguda.

Pero como, por lo general, la presentación de una agudización se puede sospechar anticipadamente, por su marcha clínica (exacerbación del dolor, con la típica irradiación hacia la izquierda, acompañado de aumento del derrame de fermentos en sangre y orina), estos enfermos deberán ser sometidos a un tratamiento profiláctico pancreático, naturalmente que dando por descontado que ya hayan sido sometidos

dos al de la enfermedad que condiciona su pancreatitis.

Lo más importante son las reglas alimenticias. Por las razones señaladas anteriormente, se evitarán las comidas abundantes y, sobre todo, las grasas. Las grasas ocasionan probablemente una intoxicación por jabones, y también según Guleke, por una acción mecánica, aumentando lo que él llama "presión de secreción" (sekretdrucksteigerung), pueden ser las responsables del desencadenamiento de una pancreatitis aguda en un tanto por ciento considerable de los casos.

Fundándose en que la autodigestión tripsica es la base de las necrosis pancreáticas, V. Bergmann y Guleke iniciaron una serie de estudios experimentales en perros, de los que dedujeron que el previo tratamiento con inyecciones subcutáneas de tripsina inactiva hace más resistentes a los animales a la autodigestión. Para la aplicación clínica se utiliza tripsina "Grübler" con la técnica de una vacunoterapia.

Debemos, por lo tanto, someter todos los casos de pancreatitis evolutiva con agudizaciones ligeras y todos aquellos otros que hayan pasado una pancreatitis aguda, a estas reglas profilácticas.

Una regla profiláctica importantísima en estos estados es *evitar las inyecciones de histamina*, puesto que, según la tesis doctoral del autor, comprobada recientemente en un trabajo de Brinck v. Gluzow, la histamina provoca, a nivel del páncreas, alteraciones próximas al estado de edema pancreático.

PANCREATITIS CRÓNICA

Existe un síndrome clínico de pancreatitis ligera sin manifestaciones agudas, que por su curso progresivo conduce las más de las veces a la insuficiencia glandular; bien de la secreción externa (ocasionando el cuadro que se llama "diabetes externa": adelgazamiento, hambre, sed, deposiciones muy abundantes y grasientas, etc., sin hiperglicemia), y más raramente también de la secreción insular.

Estos estados precisan, según los casos, terapéutica causal, antiflogística y analgésica, excitación de las secreciones, régimen alimenticio apropiado y terapéutica de sustitución.

Ya hemos dicho que la pancreatitis es casi siempre una enfermedad secundaria. Muchas veces el tratamiento quirúrgico de una litiasis biliar, de una úlcera duodenal, o el farmacológico de una colidisquenesia, pone fin a la sintomatología de la pancreatitis.

Las alternativas del dolor, con irradiación típica al hipocondrio izquierdo y espalda, con hiperestesia superficial en el territorio de las metámeras 8-10ª dorsal izquierda, con existencia de "zonas de llamada" ("Klopfzone": es decir, dolor a la percusión en estas metámeras) y, de otra parte, las variaciones marcadas en la amilasuria, indican la tendencia evolutiva de la inflamación, la cual requiere una terapéutica antiflogística.

La diatermia, por su conocida acción, está indicada en el dolor de la pancreatitis frías, es decir, cuando hay

dolor producido por lesiones no evolutivas y sí residuales. La indicación de la diatermia está avalada, además, porque tiene una acción excitadora de la secreción, como veremos más adelante. Se darán sesiones de media a una hora con un electrodo en la región dorsolumbar y el otro en el vientre, región del páncreas. También la proteínoterapia puede estar indicada por las razones sabidas. Se aplicará según los métodos corrientes.

No obstante, a veces el dolor no cede y es preciso entonces recurrir a la medicación sintomática que en este caso será—por tratarse generalmente de irritación de nervios peripancreáticos—la administración de analgésicos del grupo de los antitérmicos. Ante la tenacidad del dolor puede estar indicada la laparotomía, pues a veces la supuesta pancreatitis, tenaz e intensamente dolorosa, resulta ser un cáncer del cuerpo del páncreas; pero la mayor parte de las veces la persistencia de la algia pancreática está motivada por un páncreas muy abultado de volumen (edema, o por hiperplasia fibrosa) y basta una incisión de la cápsula o una liberación de adherencias peripancreáticas para que ceda.

SECUELAS

Las pancreatitis conducen a la insuficiencia de la secreción pancreática. Antes se admitía sin mayor discusión la posibilidad de que existieran aquilias e hipoquilias funcionales pancreáticas. Hoy se duda que esto ocurra así, y homologándolas con las aquilias gástricas, se les considera casi siempre como resultado de un proceso inflamatorio de la glándula pancreática.

La excitación más intensa de la secreción pancreática se consigue con el método dado por Katsch. Se puede utilizar, por lo tanto, la administración por sonda duodenal de 2-3 c. c. de éter; pero aparte de su complicación, este método está contraindicado en los casos dolorosos, porque precisamente lo más típico en la respuesta positiva, cuando se utiliza este método con fines diagnósticos, es la provocación de dolor con irradiación de tipo pancreático.

Parecería lógico el uso de la secretina pancreática para estimular la secreción de esta glándula; pero yo no sé de ninguna secretina comercial con la que en realidad se consiga esta acción. No obstante, en un trabajo muy reciente de Agreu, Lagerlof y Berglund se preconiza la cura de secretina como "drenaje pancreático" sin precisar método de obtención de la secretina. Indirectamente, se obtiene este efecto con la administración del ácido clorhídrico, el cual activa la prosecretina duodenal para que ésta a su vez excite la secreción pancreática. Con esta intención se puede administrar, bien los preparados comerciales de ácido clorhídrico o simplemente 20 - 30 gotas de ácido clorhídrico oficial en agua, inmediatamente después de las comidas. Ya hemos señalado anteriormente que la diatermia puede estimular la secreción pancreática, tanto externa como interna (Rausch Z.)

Más interesante es el empleo de la insulina en pequeñas dosis y en la misma forma que cuando se utiliza en la cura protectora del hígado. Ya se sabe las relaciones que existen entre la porción glandular y la porción endocrina

pancreática. Jacoby ha visto que tras una cura insulínica mejora la secreción externa del páncreas. De otra parte, en algunos enfermos será necesaria esta insulina desde el punto de vista endocrino, pues la gran mayoría de sus calorías las recibirán en forma de hidratos de carbono. Por lo tanto, a todos los enfermos de insuficiencia glandular pancreática les someteremos, si por otras razones no estuviere contraindicada, a una cura insulínica, administrando 15 - 20 unidades antes de la comida dándoles al mismo tiempo alguna cantidad de azúcar.

Finalmente, se obtiene indirectamente una acción excitante administrando colagogos, pues ya se sabe que la llegada de bilis al duodeno excita la secreción pancreática. Al mismo tiempo no es desaprovechable la acción que la bilis tiene en la digestión de las grasas, y en este sentido al dar colagogos también ejercemos en parte una terapéutica de sustitución.

La insuficiencia de secreción externa pancreática produce trastornos en la digestión de los tres grupos de alimentos, originando diversos síndromes digestivos.

Por parte de los fermentos proteolíticos que contienen el jugo pancreático, raro es que falten tan absolutamente que no puedan, en unión de los fermentos erepsínicos, satisfacer las necesidades de una alimentación previamente reglada. Los gramos de albúmina de origen animal necesarios (de 60 - 80 gramos por día como mínimo) se administrarán en forma de albúminas poco complejas. Se dará leche y sus derivados que en forma de papillas y polvos fácilmente asimilables circulan por el comercio. También se adminis-

trarán extractos de carne preparados por el comercio, los cuales contienen albúminas en estado muy avanzado de digestión. De esta manera, los fermentos erepsínicos pueden suplir la falta tripsica. En casos de insuficiencia tripsica no muy exagerada se podrán dar también huevos.

La falta de la lipasa pancreática no es compensada por completo por la acción vicariante biliar. Por esta razón y porque la presencia de grasa sin saponificar empeora considerablemente las funciones intestinales, se evitará en absoluto el dar grasas pesadas. Para procurar las vitaminas de que son vehículo las grasas, se administrará alguna cantidad de las más fácilmente asimilables, que son: leche, mantequilla, cremas, nata. Además esta cantidad de grasa que administramos sirve de excitante de la secreción pancreática. Anteriormente hemos aludido a la mejoría que experimenta la secreción externa pancreática por el tratamiento insulínico. La secreción de lipasa es especialmente la que más se favorece. Debe, pues, tenerse en cuenta el tratamiento insulínico como prueba, en la esteatorrea.

Con insuficientes grasas, con pequeña cantidad de albúminas, fuerza es que procuremos las calorías necesarias a expensas de los hidrocarbonados. Efectivamente, la digestión de los hidratos de carbono se encuentra poco alterada porque existen varias acciones vicariantes que suplen la deficiencia de amilasa pancreática. Se administrarán los hidratos de carbono necesarios en formas fácilmente asimilables como purés, harinas, papillas, etc. También se administrarán verduras, féculas cocidas y jugos de frutas. Naturalmente

RESUMEN DE LAS INDICACIONES MEDICAS EN LAS PANCREATITIS

PANCREATITIS AGUDA				Pancreatitis frías y secuelas de insuficiencia glandular externa			
Reposo del órgano	Terp. de sus- titución	Terp. antitripsica	Terp. Sintomátic	Antiflogística y Analgésica	Excitación de secreción externa	Terp. de sus- titución	Antianémicos
Dieta absoluta	Pequeñas dosis de insulina	Inyecciones de san- gre defibrinada	Según el caso:	Proteinoterapia Diatermia	Eter (2.3 c.c. por sonda duodenal)	Preparados de fer- mentos pancreá- ticos	Régimen. Prepara- dos de hierro y cobre.
Compresas de hielo	Suero glucosado por vía rectal o intravenosa	Inyecciones de tripaflavina	Suero salino y glu- cosado	Analgésicos	Secretina (?) ácido clorhídrico y sus preparados Diatermia	Colagogos	Preparados de hígado.
	Abundante líquido		Excitantes car- díacos		Insulinoterapia a dosis pequeñas (10 a 20 unidades antes del al- muerzo.)		Terp. Sintomática
			Tónicos cardíacos: digitalina y valaina intravenosa.		Colagogos		Anticatárticos Opiaceos
PROFILAXIA				REGIMEN ALIMENTICIO			
Inyecciones subcutáneas de tripsina inactiva. Régimen alimenticio, en especial supresión de grasas y evitar comidas abundantes.				Pocas grasas y solamente las ligeras (leche, mantequi- lla, nata, cremas) Albuminas sencillas (leche, derivados como Promonta, Somatose, extractos y jugos de carne, huevos). El resto			

que si con la insuficiencia externa existe la interna, será preciso adoptar otra pauta y administrar insulina.

Algunos estudios conceden importancia a la insuficiencia pancreática en la patogenia de las anemias. Aparte de varios casos descritos de anemia perniciosa en enfermos de insuficiencia pancreática, de los estudios experimentales de Cheney, Garnett y Niemand dedúcese que quizás se deba a la tripsina refluída al estómago la acción antianémica que encontró Castle en sus interesantísimos estudios en el jugo gástrico. Actualmente esta teoría sobre la importancia antianémica de la tripsina, no es mantenible, pero como es lo cierto que muy frecuentemente nos encontramos con enfermos en diversos grados de anemia, la dieta de los enfermos de insuficiencia pancreática deberá ir acompañada de vegetales ricos en sales férricas, entre los que están el colinabo, la lechuga, la col verde, las ave-llanas, las fresas, las espinacas, etc. Esto como profilaxis, reservando además la hepatoterapia para los casos bien establecidos de anemia de tipo hipercrómico.

La terapéutica de sustitución promete mucho más en teoría de lo que en realidad se consigue en la práctica. Los preparados de fermentos pancreáticos son extremadamente sensibles a la acción del tiempo y, sobre todo, a la del jugo gástrico. No falta autor que afirme que su administración carece de utilidad pero casi todos la emplean sistemáticamente, costándoles mucho abandonar la admirable base teórica que tiene esta terapéutica de la insuficiencia externa pancreática.

Preferimos administrarlos veinte minutos antes de las comidas, disueltos en un caldo templado, 2 a 4 comprimidos de los preparados comerciales de jugo pancreático, prefiriendo aquellos que además contienen tanino. Esto no invalida el administrar después de las comidas el ácido clorhídrico o sus preparados.

No obstante toda esta terapéutica, muchas veces no se consigue dominar el cuadro clínico y es preciso recurrir circunstancialmente a la terapéutica sintómica, principalmente a los anexosmóticos, opiáceos y a una serie de reglas comunes a todos los estados agudos intestinales.

CANCER PRIMITIVO DEL PULMON *

M. GUZMAN RODRIGUEZ, M. D

Mayagüez, P. R.

El cáncer primitivo del pulmón dejó de catalogarse entre las enfermedades raras, con el advenimiento de la lucha agresiva y persistente que en los últimos veinte y cinco años, higienistas y fisiólogos organizaron contra la plaga blanca. En todos los países civilizados muchos creyeron, siguiendo las especulaciones de Fried, que el aumento demostrado de una manera concluyente en la longevidad humana, y las proporciones gigantescas que la asistencia hospitalaria ha alcanzado en los últimos años, eran factores que explicaban este aumento tan curioso. Algunos, como Ewing, creyeron que el factor etiológico preponderante era la tuberculosis pulmonar, y los estudios de Schwalbe, Friedlander y Perone, localizando células cancerosas en las cavernas de muchos tuberculosos, fortalecieron la opinión errónea del eminente cancerólogo. La tendencia de la Sífilis a producir irritación crónica de las mucosas con metaplasia epitelial y la posible transformación de estas en células carcinomatosas, ha sido mas de una vez discutida en la literatura de esta enfermedad.

Otros, como Rostosky y Saupe basando sus estudios en la ocurrencia del cáncer primitivo entre los mineros de Schneberg y Joachimstal, pensaron en la industria minera y sus potenciales

agentes irritativos, como posible factor etiológico. Landis, citado por Funk, y reconocido como una autoridad mundial por su experiencia entre los mineros de Pensilvania, niega rotundamente esa afirmación. Winterniz, citado por Frisell, profetizó en las postrimerías de 1920, a raíz de la célebre epidemia de influenza que azotara el mundo, que un aumento considerable en los carcinomas primitivos del pulmón era de esperarse.

Fué Morgagni en las postrimerías del siglo XVIII, el malogrado investigador q. reconoció el primer caso auténtico de cáncer primitivo del pulmón. Mucho más tarde Adler, en su brillante monografía del 1912, Pfahler en el 1919, Carman en el 1921, Kirkling y Patterson en el 1928 y Akin y Wagner en el 1936, fueron entre otros, los que dieron la voz de alarma y señalaron el rumbo a numerosos investigadores. Llama poderosamente la atención el hecho, de que a pesar de la rareza de esta entidad morbosa, la serie de Akin y Wagner sea de 135 casos; la de Rogers comprende un análisis de 50, mientras que Frisell estudió 38 casos en el servicio del Hospital San Lucas desde el 1900 al 1935.

En el 1935 Jaffé, en interesante monografía, dió a conocer las enseñanzas derivadas de 6,800 autopsias, con el hallazgo de 100 casos de cáncer primitivo del pulmón. Con anterioridad, Wolfe, citado por Miller, había tabulado una serie de 223 casos en su comentada esta-

* Trabajo leído en la asamblea anual de la Asociación Médica de Puerto Rico, celebrada durante los días 17, 18 y 19 de diciembre de 1937.

dística de 20,000 autopsias. En el 1929, Hunt, analizó el resultado de 26 autopsias prácticas en el Hospital Saint Mary de Londres, y hace la observación que una mayoría abrumadora de los llamados linfo-sarcomas del mediastino, ni son de origen mediastínico, ni de naturaleza sarcomatosa, y si por el contrario, verdaderos cánceres del pulmón. De la serie de Hunt, 18 casos habían sido previa y correctamente diagnosticados. Thomas y Farmer en 1923 hicieron un detallado estudio alrededor de 6 casos del Cleveland City Hospital, donde se hacen resaltar de una manera efectiva, los hallazgos roentgenológicos al ser verificados en la mesa de autopsia.

He tenido la oportunidad de estudiar en mi práctica privada, nueve casos de tumores malignos del pulmón en el transcurso de los últimos veinte años. De esta serie, que soy el primero en considerar raquítica y humilde, cinco casos eran lesiones metastásicas, con diagnósticos clínicos previamente establecidos. De estas lesiones, dos tenían su origen en tumores oseos; una en cáncer inoperable del estómago, y dos en tumores malignos de las mamas. Los restantes cuatro casos, eran de cáncer primitivo del pulmón y el diagnóstico se hizo principalmente a base de las manifestaciones radiológicas, mientras se trataba de confirmar diagnósticos de tuberculosis pulmonar previamente establecidos. Solamente alrededor de estos cuatro casos voy a ocupar vuestra atención.

El hecho escueto que me ha obligado a traer ante vuestra consideración los rasgos más prominentes de esta pequeña serie, y a comentar la literatura que sobre la materia ha visto la luz pública en los últimos veinte años, es la creen-

cia firme de que estamos omitiendo todos los días diagnósticos de cáncer primitivo del pulmón, por no pensar en sus posibilidades. Por el contrario, rara vez logran permanecer ignoradas las lesiones de origen metastásico, ante la mirada siempre escrutadora que quiere traducir las menores irregularidades del sistema broncopulmonar, en términos de precisión y en forma concluyente.

En nuestro estudio, resalta el hecho de que ha habido siempre en el comienzo de la investigación clínica de cada caso, un previo diagnóstico de tuberculosis pulmonar. Frisell y Fox, en los comentarios alrededor de los casos del hospital San Lucas, consideraron esta neumopatía como la mas fácil de confundir con el cáncer primitivo del pulmón. Hyde y Holmes, entre otros autores, señalan también el absceso pulmonar, la sífilis, la bronquiectasia, la pleuresía y la obstrucción bronquial, como entidades potenciales de confusión en el diagnóstico diferencial. Nuestra limitada experiencia, probablemente nos ha vedado estas múltiples inquietudes de diagnósticos, pues no hemos encontrado caso alguno donde estas posibles confusiones hayan intervenido de una manera razonable. Solamente en uno de los casos un derrame pleurítico que oscurecía el proceso tumoral, nos mantuvo durante algún tiempo en desconcertante indecisión. Más tarde la naturaleza misma del líquido, restableció plenamente la confianza en el diagnóstico, y finalmente la autopsia verificada en el Hospital Mt. Sinai de Nueva York, reafirmó el diagnóstico de cáncer primitivo del pulmón, con metástasis en el cerebro.

Kirkling y Patterson de la clínica de los Mayo, consideraron también la tuberculosis como la entidad básica para

un diagnóstico diferencial, y hacen la observación de que frecuentemente, pacientes con neoplasias primitivas del pulmón, son recluidos innecesariamente en sanatorios antituberculosos. Como las lesiones tuberculosas y cancerosas pueden coexistir en un enfermo la posibilidad de que las manifestaciones roentgenológicas de una puedan encubrir la otra, debe considerarse siempre. Pero lo que es más importante es que las lesiones cancerosas puedan traducirse en términos de tuberculosis, y esto puede ocurrir y ocurre todos los días. Si esto no ocurriera, las estadísticas de cáncer del pulmón serían francamente más numerosas.

Funk hace una observación alrededor del servicio de tuberculosis del Jefferson Medical Hospital, donde de una serie de 1200 pacientes referidos, en 72 se había hecho un diagnóstico incorrecto. De este grupo de 72 pacientes, nuevas investigaciones demostraron, que 5 tenían lesiones malignas primitivas del pulmón. Sin que sea mi intención llegar a conclusiones generalizadas, ni intentar siquiera posibles deducciones, resalta el hecho de que en una serie de centenares de enfermos, uno de cada 250 pacientes referidos con el diagnóstico de tuberculosis, padecía de cáncer del pulmón.

Queremos hacer notar que en nuestra serie, el sexo masculino predomina totalmente, aunque lo contrario ocurriría en los casos de cáncer metastásico a que anteriormente hicimos referencia. Algunos observadores han notado hasta un 92% de varones, en contrastación con un 8% de mujeres en las estadísticas del cáncer primitivo.

Respecto a edad, todos nuestros casos habían pasado de los 40 años, el más viejo frizando en los 67.

En tres de nuestros enfermos, el tumor estaba localizado en los lobos superiores. Uno de los casos tenía la base pulmonar como sitio de localización. La mayoría de los observadores han notado esta peculiaridad en la selección de los lobos superiores como punto de localización. Dos casos tuvieron el proceso tumoral localizado en el hemitorax derecho, y dos en el izquierdo. Casi todas las estadísticas señalan el hemitorax derecho como más frecuentemente envuelto.

La sintomatología del cáncer primitivo del pulmón es inconstante y falaz, variando el complejo sintomático con la localización del tumor y con su fase evolutiva. Tenemos que admitir que los factores que oscurecen el diagnóstico, son los distintos reflejos de complicaciones ulteriores, que muchas veces, adquiriendo personalidad, se prestan a las mas lastimosas confusiones.

Los síntomas generales son los mismos de todas las enfermedades malignas, siendo naturalmente la emaciación y debilidad progresiva, la pérdida de peso y la anemia secundaria, síntomas de precisión que el clínico pretende agrupar en sus primeros esfuerzos de diagnóstico. Adler en su magistral monografía sobre el cáncer primitivo del pulmón, describe casos que llegaron a su muerte, presentando aparente y perfecta salud. En nuestro grupo, hemos comprobado esa observación, y creemos que muchos casos de muerte súbita, en medio de violentas hemoptisis, han sido casos de cáncer primitivo del pulmón.

A nuestro humilde juicio, el dolor, es el síntoma más constante y más precoz. Variable en su intensidad, muchas veces intermitente en su carácter, tiene sin embargo la característica de llamar la atención poderosamente hacia un sitio determinado. Muchos autores, Elmer Funk entre ellos, pretenden interpretar el síntoma dolor con la localización del tumor en relación con la pared pleural. Es nuestro parecer, en ausencia naturalmente de la enseñanza que la autopsia y la correlación del síntoma pudiera suministrarnos, que aunque la tumoración se encuentre contigua o distante de la pared pleural, el dolor será intermitente o constante, pero será siempre índice de búsqueda. Creemos que todo dolor torácico sin una explicación satisfactoria, debe hacer pensar en el cáncer primitivo del pulmón.

Una pirexia de tipo intermitente, sin grandes exacerbaciones vespertinas, y acompañada algunas veces de violentos paroxismos de escalofrío, es por regla general un síntoma precoz y temprano. Esta pirexia que es independiente de los episodios febriles que pueden mostrar la presencia de un absceso pulmonar o de una bronquiectasia, corre sin embargo la misma incertidumbre que la fiebre del cáncer nodular del hígado.

La tos sin características especiales que puedan diferenciarla de la tos de otras neumopatías, es frecuentemente productiva. En ocasiones se presenta seca e irritativa, y es entonces que con su aparente estridor inspiratorio, y en medio de moderada cianosis y disnea, presenta grande semejanza con el estaccato de la tosferina (Rudolf Cobet.).

Los esputos hemópticos, y en algunas ocasiones violentas hemoptisis, fueron casi constantes en nuestro grupo. En uno de los casos, fueron los síntomas únicos en casi todo el transcurso de la enfermedad. El tipo de esputo que los autores del pasado siglo describían con el nombre de jalea de grosellas, no existe a nuestro modo de ver en el cáncer del pulmón.

Síntomas tardíos, aunque no por eso menos importantes, son la disnea y la ronquera. Con su origen atelectásico o pleurítico la primera y la segunda explicada por la compresión del laringeo, bien pueden reputarse como reflejos de complicaciones ulteriores. En nuestros casos no nos fué posible demostrar la sudoración unilateral del rostro, ni exoftalmus, ni contracción de la pupila; síntomas que describen algunos autores, Miller entre ellos.

Aunque no pretendemos ignorar que las manifestaciones roentgenológicas del cáncer primitivo del pulmón distan mucho de ser características, mantene-mos que un diagnóstico correcto puede hacerse en la mayoría de los casos si se correlacionan los síntomas clínicos con la evidencia radiográfica.

Autores como Manges han expresado la opinión que esta enfermedad no tiene ninguna característica roentgenológica, adicionando sin embargo, más tarde en el mismo trabajo, que ha habido una similitud notable en la apariencia roentgenológica de todos los casos comprobados.

El cuadro usual del cáncer primitivo del pulmón es el de una sombra homogénea y circunscrita, que saliendo de

la región hiliar, presenta bordes regulares y distintos. En algunas ocasiones la sombra no es circunscrita y tiene apariencia de pleuresía interlobar. En no pocas, la apariencia podría llevarnos a pensar en un franco derrame pleurítico. Alrededor de la masa tumoral, la parte del pulmón que la rodea puede presentar la evidencia de una neumonitis. Cooper estima que el tipo del cáncer parenquimatoso comienza como un nódulo definitivamente localizado, con sus bordes irregulares. También describe el tipo lobar, en el cual la evidencia es una sombra de condensación del lobo afectado.

Naturalmente, que hay que presumir que el cuadro roentgenológico de esta enfermedad, depende de la fase evolutiva de la masa tumoral. En su comienzo, si hay derrame pleurítico, puede haber desplazamiento de la sombra cardíaca, hacia el hemitorax contrario. Si la obstrucción del bronquio es manifiesta, la atelectasia con su natural retracción del corazón y traquea hacia el lado enfermo, es lógica secuencia. En casos avanzados el único signo roentgenológico es una atelectasia difusa, que en ausencia de placas anteriores, se presta a dificultades de diagnóstico.

En el estudio de Korblum, donde coexistieron gradualmente el derrame pleurítico y la atelectasia se demostró este hallazgo a entera satisfacción. En nuestro grupo, que se compone casi exclusivamente del tipo hiliar, además del diagnóstico diferencial con la tuberculosis pulmonar, el linfosarcoma del mediastino fué siempre objeto de consideración, y en algunos casos de honda duda. En un estudio anterior, considera-

mos esta lesión, enfocando su aspecto roentgenológico. Thomas y Farmer nos recuerdan que el estudio de la sangre, la reacción de los ganglios linfáticos superficiales y el efecto rápido de irradiaciones roentgenológicas sobre el tumor, en casos de dificultad, pueden aclarar finalmente el diagnóstico.

La sífilis pulmonar, ha sido también mencionada en relación con el diagnóstico diferencial del cáncer del pulmón. Una coincidencia de positivas reacciones de Wasserman, no deben desviar el diagnóstico, aunque es natural que se instituya en casos de duda el tratamiento apropiado para revisar los efectos terapéuticos.

Los acefalocistos o quistes de equinococos no ofrecen similaridad alguna, y su rareza es tan extraordinaria, que podemos descartarlos en principio.

El absceso pulmonar, que usualmente precede a las intervenciones quirúrgicas de la garganta, independizado de este origen, puede en ocasiones dar lugar a no pocas incertidumbres en el diagnóstico diferencial. El examen radiográfico, la edad del paciente, historia de intervención quirúrgica con antelación a los síntomas, deben aclarar el diagnóstico de un modo definitivo. La bronquiectasia, que en algunas ocasiones se presenta como complicación en la fase evolutiva del cáncer pulmonar, en ocasiones puede presentarse en formas inesperadas y atípicas, como entidad potencial de confusión en el diagnóstico. La neumonografía broncoscópica demostrando las dilataciones y saculaciones bronquiales, y la roentgenografía demostrando la masa tumoral, solucio-

narán la incertidumbre y verificarán un diagnóstico correcto.

La actinomicosis y pneumoconiosis pulmonar mencionados también por los autores europeos como posibles factores de diferenciación en el diagnóstico, no ofrecen a nuestro juicio peculiaridades suficientes para establecer duda razonable ni en el aspecto clínico ni en el aspecto roentgenológico.

Podría aparecer, que no se ha hecho un debido reconocimiento de la traqueobroncoscopia en este trabajo, al hablar del diagnóstico diferencial y sus dificultades. No puede hablarse en realidad del cáncer del pulmón, sin admitir la ayuda inestimable que el broncoscopio presta para la verificación correcta del diagnóstico, especialmente si se tiene en cuenta que una abrumadora mayoría de estas lesiones, son lesiones broncogénicas. Dos de nuestros casos fueron referidos al Dr. J. H. Font, quien probablemente en el decurso de esta asamblea, hará algunas consideraciones alrededor de los mismos.

Algunos autores continentales han abogado también por la insuflación de aire con el fin de conseguir mayor visualización de la tumoración investigada. Singer, recomienda el toracoscopio especialmente en los casos de derrame pleurítico, reemplazando el fluido por aire, y usando entonces la toracoscopia como método de visualización y como agente para conseguir un espécimen patológico. Puedo afirmar que la inducción del pneumotorax es un obstáculo definido en vez de una posible ayuda, ya que hace perder en el colapso no selectivo del pulmón las relaciones anatómi-

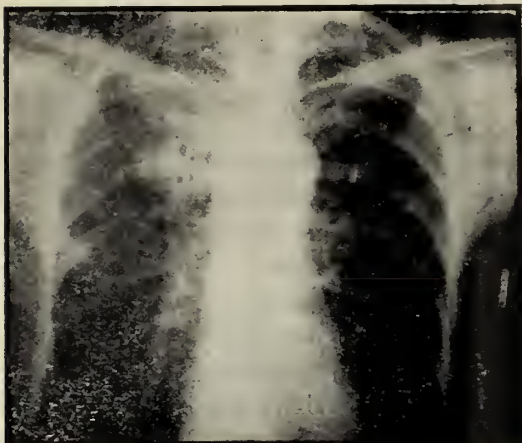
cas del mismo. En cuanto a la toracoscopia,⁷ no tenemos experiencia alguna.

Lamentamos sinceramente no haber obtenido radiografías en serie, de estos casos, para así haber podido ilustrar las diferentes fases evolutivas del cáncer primitivo del pulmón. Posiblemente estos enfermos, fueron vistos y diagnosticados en la temprana evolución de su enfermedad. En uno de los casos tuve la oportunidad de observar, en un examen fluoroscópico verificado poco antes de su muerte, como la masa tumoral aparecía casi oculta por la atelectasia consecutiva a la obstrucción completa del bronquio.

Vamos a presentar las imágenes radiográficas de nuestros casos, con una síntesis escueta de los hallazgos clínicos y radiográficos al calce. Fué nuestra intención excitar la curiosidad de clínicos y radiólogos sobre el cáncer primitivo del pulmón. Si esta curiosidad ha de traducirse en búsqueda fecunda de nuevos casos en el terreno siempre fértil de las neumopatías, consideramos haber cumplido nuestro deber.

No. 1—Jesús M. R. Blanco, 50 años, casado. Una hermana y un hermano murieron de cáncer. Historia de sífilis 26 años antes, tratada enérgicamente. En Marzo del 1935, tuvo dolor tenaz y constante en el pulmón derecho. Expectación profusa sin accidentes hemoptoicos. Fiebres intermitentes, al final de la enfermedad con violentos escalofríos.

Diagnóstico clínico: Tuberculosis pulmonar. Esputo: negativo.



CASO NUM. 1.

Diagnóstico Roentgenológico: Cáncer primitivo del pulmón derecho.

Este paciente fué referido al Dr. Font para broncoscopia y rehusó el examen. Meses antes de morir la tumoración sobresalía sobre la región supraescapular derecha.

No. 2—T. E. Negro, 44 años, casado. Historia familiar de cáncer negativo. Sífilis positivo. Un esputo hemoptoico lo obligó a venir a la consulta. No había fiebre. Dolor en la región yuxta-es-



CASO NUM. 2

ternal izquierda sin importancia. No había tos. Peso normal. Tres meses antes había estado en el campamento de la Guardia Nacional, sintiéndose perfectamente bien.

Diagnóstico Clínico: Posible tuberculosis. Esputo negativo.

Diagnóstico Roentgenológico: Cáncer primitivo pulmón izquierdo.

El enfermo fué referido al Dr. Font, para broncoscopia y fué diagnosticado como cáncer broncogénico del pulmón izquierdo. En septiembre 1937, el paciente falleció de una hemoptisis violenta, mientras atendía a su trabajo.

No. 3—Pedro J. M. Blanco, 57 años, viudo. Madre murió de cáncer de la matriz. Sífilis negativo. En abril 15 de 1922, comenzó a sentir dolor vivo costado derecho. En septiembre del 1922, tuvo tos paroxística con pequeños esputos hemoptoicos. Fiebres intermitentes sin poder precisar fecha iniciación.

Diagnóstico clínico: Mayo 10, 1922: tuberculosis pulmonar.

Examen roentgenológico: Diciembre 13, 1922: cáncer primitivo de la base pulmón derecho con derrame pleurítico.

El enfermo fué trasladado a Nueva York, y en Agosto 19, 1923, es trasladado al Mt. Sinai Hospital, con síntomas cerebrales agudos.

La autopsia reveló: Cáncer primitivo del pulmón derecho, con derrame sanguinolento y atelectasia. Metástasis del cerebro y tercera vértebra cervical.

No. 4—Ramón A. Mulato, 67 años, viudo. Historia familiar de cáncer negativa. Sífilis negativa. En marzo comienza a sentir vagos dolores en el es-

ternón. En junio del mismo año el dolor se agudizó y al mismo tiempo comenzaron moderadas exacerbaciones febriles. En agosto la tos hace su aparición y algunos meses más tarde se presenta disnea y ronquera. Expectoración es excesiva y viene acompañada frecuentemente de pequeñas hemoptisis.

Diagnóstico Clínico: Tuberculosis pulmonar. Esputo negativo.

Diagnóstico Roentgenológico: Cáncer primitivo del pulmón izquierdo.

Un mes antes de morir tuvo metástasis del esófago.

CASO NUM. 4

BIBLIOGRAFIA

1. Ewing, James — Neoplastic Diseases. W. B. Saunders, Philadelphia, 1922 — P. 735.
2. Adler I. — Primary growths of the Lung and Bronchi, Paul Hoeber Inc. New York — 1912.
3. Arkin and Wagner, Primary Carcinoma of the Lung, Journal of the American Med. Association, 106: 587 — 1936.
4. Rogers, W. L. Primary Cancer of the Lung; a clinical and Pathologic survey of fifty cases, Arch. Int. Med. 49: 1058 — 1932.
5. Frisell — Primary Carcinoma of the Lung, New York State Journal of Medicine, 35: 851 — 1936.
6. Jaffe R. H. — The Primary Carcinoma of the Lung. A review of 100 autopsies, Journal of Laboratory and clinical Medicine, 20:1227 — 1935.
7. Miller, Robert T. — Tumors of the Lung. International Surgical Digest, 1:323 — 1936.
8. Hunt, T. C. — Pulmonary Neoplasm, Lancet, 216:759 — 1936.
9. Thomas and Farmer — The Diagnosis of Primary Intrathoracic Neoplasm — American Journal of Roentgenology, 9:235 — 1924.
10. Hyde and Holmes — The Roentgenological Aspects of Primary Tumors of the Lung, American Journal of Roentgenology: 18:235 — 1927.
11. Kirkling and Patterson — American Journal of Roentgenology 19:1-2 — 1928.
12. Elmer H. Funk — Pulmonary Abscess, Bronchiectasis and Pulmonary Neoplasm: Clinical Aspects. Radiology, 20: 353 — 1933.
13. Elmer H. Funk — Malignant Disease of the Lung. Medical Clinics of North America: 5:1197 — 1222 — 1920.
14. Guzmán Rodríguez M. — Linfo Sarcoma del Mediastino — El Policlínico — 1925.
15. Rudolf Cobet: The differential Diagnosis of Tumors of the Lungs, Medizinische Klinik, 25: 895, 899 — 1929.
16. Cooper, David: Primary Carcinoma of the Lung, Medical Clinic of North America, 12: 1109 — 1119 — 1929.
17. Manger — (citado por Cooper).
18. Isaacs, Harry J. — Diagnosis of Lung — Tumors, Illinois, Medical Journal 51: 451 — 455 — 1927.
19. Charles Spencer: Primary Carcinoma of the Lung — Two cases, Medical Clinic of North America — 12: 1-20, 1928.
20. Thomas McCrac — Carcinoma of the Bronchis — Medical Clinic of North America 10: 1-15, 1926.

DISCUSION

ASPECTOS BRONCOSCOPICOS

J. H. FONT, M. D.

Los aspectos broncoscópicos del carcinoma de los bronquios consisten esencialmente en la inspección del árbol traqueobronquial y la interpretación de la patología revelada por este examen directo.

La broncoscopia está indicada evidentemente en aquellos casos que revelen hallazgos roentgenológicos precisos. Por otra parte, aún cuando estos hallazgos fueran negativos, debe practicarse la broncoscopia si síntomas tales como tos y hemoptisis la sugieren. Se ha demostrado y aceptado generalmente por aquellos más autorizados para esta opinión, que después de llevar a cabo todos los otros métodos de investigación la evidencia final sobre la cual debe basarse el diagnóstico, si ha de hacerse lo suficientemente temprano en el curso de la enfermedad que permita un tratamiento ventajoso, debe obtenerse por el broncoscopista, ésto es, espécimen para biopsia obtenido broncoscópicamente.

En tales casos deberá excluirse primeramente la tuberculosis mediante exámenes de esputo para evitar la instrumentación innecesaria.

Es necesario determinar la causa de tos tempranamente en todos los casos, tanto en aquellos de neoplasma como en los de tuberculosis. Una tos persistente en la ausencia de signos de enfermedad de los senos paranasales y esputo negativo para bacilo de Koch, debe hacer imprescindible tener en cuenta el carcinoma bronquial en el diagnóstico diferencial. La hemoptisis es harto más común en el carcinoma pulmonar que en la tuberculosis. La sibilancia es atribuida frecuentemente al asma bronquial perdiéndose tiempo precioso. La importancia de la evidencia de la fiebre para el diagnóstico se basa en su incidencia temprana. Fiebre concurrente a supuración hace obscura la condición fundamental.

No obstante, no importa cuán sugerentes fueran los hallazgos, la broncoscopia debe incluirse en el estudio sistemático del paciente puesto que no se puede establecer un diagnóstico de malignidad sin la biopsia. La clasificación histológica de la lesión es esencial al escoger el método de tratamiento.

Ciertas fases mecánicas de la oclusión bronquial desempeñan un papel de tal importancia, tanto en las manifestaciones clínicas como broncoscópicas del neoplasma bronquial, que vale la pena mencionarlas en esta discusión.

Si se constringe el lumen de un bronquio por un crecimiento intrabronquial o por compresión extrabronquial ejercida por un tumor

y el aire gana paso a través de la obstrucción durante las fases de inspiración y expiración, los hallazgos roentgenológicos resultarían negativos. A medida que crece el tumor y se acentúa la obstrucción, el aire se encierra en aquella porción del pulmón distal a la oclusión. El cuadro radiográfico en tal caso ha de ser negativo si la placa se toma como se hace a menudo, durante una honda inspiración. Una placa tomada durante expiración completa, revela sin embargo un cambio notable de posición del corazón y el mediastino hacia afuera del lado de la lesión y un diafragma estacionario y deprimido en el lado afectado.

La completa oclusión bronquial por un tumor resulta en la absorción de aire más allá de la obstrucción y en atelectasia pulmonar. El corazón y el mediastino se cambian hacia el lado afectado y el diafragma queda levantado. El lado opuesto revela, por supuesto, cierto grado de enfisema compensadora.

El más importante de los adelantos ha sido el uso más frecuente de la broncoscopia obteniéndose mayor información sobre la naturaleza de la lesión. Mediante un broncoscopio se pueden visualizar cambios patológicos incipientes en la mucosa bronquial y si se observa una sospechada neoplasia, permite el remover un pedazo de tejido para examen microscópico, procedimiento que constituye el auxilio más inestimable para hacer un diagnóstico correcto. Siendo el consenso de opinión que del 85 al 90 por ciento de las enfermedades neoplásicas del pulmón son broncogénicas en origen, el broncoscopista tiene la mejor oportunidad de hacer un diagnóstico temprano y bosquejar el tratamiento adecuado para estos casos.

El no obtener una biopsia positiva en lesiones incipientes o arraigadas deja aún un dato de importancia considerable, - la presencia o ausencia de distorsión, fijeza (rigidez) e infiltración de la pared bronquial, aunque en tales casos biopsias adicionales ofrecen generalmente una información histopatológica más precisa.

Nuestra mira debe ser reconocer el neoplasma bronquial antes del desarrollo de muchos signos físicos y siempre antes que sobrevenga la supuración. En este respecto ha dicho el difunto Thomas McCrae lo siguiente: "un diagnóstico exacto depende con frecuencia del broncoscopista, pero la oportunidad no se allega a menos que la profesión médica esté más alerta de la necesidad de un diagnóstico temprano y pueda hacerlo o brindarle la oportunidad de hacerlo al broncoscopista."

EL TRATAMIENTO DE LA OFTALMIA GONOCOCICA CON LA SULFANILAMIDA

INFORME PRELIMINAR *

LUIS J. FERNANDEZ, M. D. Y RICARDO F. FERNANDEZ, M. D.

Del Instituto Oftálmico de Puerto Rico

San Juan, P. R.

En diciembre de 1936 informamos los resultados obtenidos en el tratamiento de esta grave afección ocular por medio de las inyecciones parentéricas de leche, irrigaciones, y antisépticos locales.¹ Habíamos encontrado que este tratamiento era muy satisfactorio en los recién nacidos y en todos aquellos casos en que el paciente tenía gonorrea genital con anterioridad a la infección ocular, pero resultaba prácticamente infructuoso en los casos de infección primaria del ojo (aquellos que no tenían gonorrea genital preexistente). De los catorce casos incluidos en esta serie, doce eran del tipo secundario y todos estos quedaron con visión útil en el ojo afectado, ocho de ellos sanando sin complicaciones corneanas. Los otros dos eran del tipo primario y en ambos hubo invasión extensa de la córnea, necesitando evisceración en uno y quedando un leucoma total en el otro.

En julio pasado, movidos por los informes que venían apareciendo en la literatura médica de halagadores resultados obtenidos en la gonorrea extraocular con la Sulfanilamida,² determina-

mos ensayar el efecto de esta droga en la oftalmía gonocócica. Nuestra experiencia en los primeros ocho casos ha sido tan sorprendente que hemos creído justificado presentar este informe preliminar a pesar de que el número de pacientes tratados es insuficiente para dejar establecido el valor clínico de dicha droga en esta afección.

INVESTIGACION CLINICA

DIAGNOSTICO:—Se estableció por la sintomatología característica y demostración del gonococo en el exudado por examen microscópico, corroborado por cultivo en aquellos casos en que se creyó necesario.

TRATAMIENTO:—Todos los pacientes tratados eran adultos y tenían un solo ojo afectado. Fueron tratados en el dispensario sin ser hospitalizados. En ninguno se extendió la infección al otro ojo. Sólo hemos utilizado la vía oral y la droga en tabletas de 5 granos (0325 Gm.) Se empleó regularmente una dosis de 2.6 Gm. diarios durante los primeros tres días, dividida en cuatro dosis de 0.65 Gm., 8:00 a. m., 1:00 p. m., y 11:00 p. m., reduciéndola luego a 1.95 Gm. diarios divididos en tres dosis, 8:00 a. m., 3:00 p. m., y 10:00 p. m. En dos

* Trabajo leído en la asamblea anual de la Asociación Médica de Puerto Rico, diciembre 19, 1937.

CASO NUM. 7



AL INGRESO

A LAS 24 HORAS

A LOS 8 DIAS

A LOS 12 DIAS

casos se empleó una dosis de 3.90 Gm. diarios durante los primeros tres días, 2.6 Gm. diarios durante los próximos tres días, y finalmente 1.95 Gm. diarios como en los demás. Uno de estos pacientes que sólo pesaba 100 lbs. tuvo durante los primeros tres días de tratamiento ligeros mareos que desaparecieron al reducir la dosis a 2.6 Gm. por día. Estas dosis son más pequeñas que las empleadas corrientemente en el tratamiento de otras afecciones con esta droga.

Comenzamos cautelosamente usando la droga como adyuvante al método de tratamiento anterior. En el primer caso se administró una inyección intramuscular de leche de 5 cc. y curas locales acostumbradas, el primer día, empezando la Sulfanilamida al segundo día, en dosis de 1.95 Gm. diarios. Fué tan rápido y notable el mejoramiento que tuvimos que atribuirlo a la adición de la droga, por lo que descontinuamos la proteinoterapia y continuamos sólo con la Sulfanilamida y tratamiento local. Al cuarto día, habiendo tomado sólo 7.80 Gm. de la droga, ya estaba dominada la infección. Al sexto día, en vista de que aún estaba presente el gonococo en la

conjuntiva y el paciente no había demostrado ningún síntoma de intoxicación por la droga, aumentamos la dosis a más, al cabo de los cuales estaba completamente bien, excepto por ligera hiperemia conjuntival residual, y no se encontró el gonococo en laminilla ni en cultivo.

En los siguientes tres casos combinamos la administración de Sulfanilamida con tratamiento local descartando por completo la proteinoterapia y el resultado fué igualmente satisfactorio al obtenido en el primer caso.

En los dos casos siguientes usamos la Sulfanilamida acompañada de lavados de solución fisiológica.

Los últimos dos casos fueron tratados exclusivamente con Sulfanilamida sin ningún tratamiento local y el resultado fué tan bueno como en los demás, lo que parece demostrar que esta droga es capaz de combatir por sí sola esta afección.

Uno de los pacientes (Caso No. 2) tomó la droga irregularmente los prime-

CASO NUM. 8.



A LAS 24 HORAS

A LOS TRES DIAS

A LOS SIETE DIAS

ros ocho días dando lugar a que hubiese ligera invasión de la córnea periférica y se atrasase el restablecimiento. Otro caso (No. 7) tuvo un retroceso al tercer día (aumento de la secreción y reaparición del quémosis conjuntival), por haberse suspendido a las 48 horas la administración de la Sulfanilamida. Resumida la administración, volvió rápidamente a mejorar y sanó en pocos días. Uno de los casos abandonó el tratamiento después de haber tomado sólo 1.95 Gm. de la Sulfanilamida en 24 horas; ya había mejoría notable y el paciente probablemente siguió tomando Sulfanilamida y sanó, pues no volvió.

En la tabla adjunta puede verse una síntesis de los casos tratados.

MODO DE ACTUAR

Aún no sabemos con certeza la manera de actuar la Sulfanilamida. Se ha comprobado que la droga produce bacteriostasis en las infecciones gonocócicas extraoculares³ como en las estreptocócicas,⁴ ⁵ y otras varias, cuando su concentración en la sangre es de 1:20,000 o mayor. Nosotros hemos observado

que el gonococo persiste en la conjuntiva después de haber desaparecido casi todos los síntomas clínicos durante la administración de la droga y por varios días después de discontinuar ésta, sin reproducirse la afección. También vimos que en el Caso No. 7, en que se suspendió la droga al segundo día después de estar la afección clínicamente dominada, tuvo un recrudecimiento, y fué de nuevo dominada rápidamente la infección resumida la administración de la droga. Sabemos por las investigaciones de Mellon,⁶ Bliss y Long,⁶ Dees y Colston,⁷ y otros, que la fagocitosis no es factor de importancia en la acción de la droga y esto es claramente visible en la oftalmía gonocócica por el hecho de que la supuración desaparece rápidamente con la administración de la Sulfanilamida.

A base de esta evidencia, deducimos que la Sulfanilamida actúa en la oftalmía gonocócica produciendo bacteriostasis (detención de la multiplicación), mientras las defensas locales y generales del cuerpo son movilizadas contra la infección. Por esto vemos que los gono-

TABLA DE CASOS TRATADOS

Números e Iniciales	Infección Gonocócica Extraocular.	Fecha del Comienzo de los síntomas Oculares	Administración de la Sulfanilamida	Tratamiento adicional a la Sulfanilamida.	Progreso Clínico.	Fecha de Laminilla Negativa	Complicaciones	Resultado final y duración del Tratamiento.
1 A. R. O.	Uretritis 20 días de duración.	7/15/37	7/17/37 á 7/25/37 Total: 19.5 Gm.	Inyección de leche, 5 cc. Argisol 25% el primer día, lav. sol. bórica q. 2. h. y mercurocromo 2% q. 4 h.	7/20 poca secreción. 7/21 edema y quémosis han desaparecido.	7/26/37	Ninguna	7/30/37 Excelente V. 1/1 13 días. (Uretritis curada también por Dr. Colón)
2 I. V. M.	Cervicitis 6 meses de duración.	7/17/37	7/19/37 á 7/31/37 Total: 22.75 Gm.	Argisol 25% una vez al día, lav. sol. bórica y mercurocromo 2% q. 4 h.	7/26 menos edema, (1) persiste secreción 7/29 desapareció edema, secreción escasa. 8/2 no hay supuración.	8/2/37	Ligera úlcera en córnea periférica. (2)	8/9/37 Bueno V. 1/1 Quedan nebulitas córnea periférica. 21 días
3 J. O. C.	Ninguna.	7/21/37	7/27/37 á 7/30/37 Total: 13.65 Gm.	Protargol 5% el primer día, mercurocromo 4% y lavado sol. bórica q. 4 h.	7/29 secreción escasa. 7/30 paró la supuración.	8/2/37	Ninguna	8/4/37 Excelente. (3) 9 días.
4 J. R. O.	Uretritis 2 semanas de duración.	8/11/37	8/13/37 (4) Total: 1.95 Gm.	Cura de Protargol 5% el primer día.	8/14 menos edema y secreción.	—	—	Abandonó el tratamiento.
5 J. P. S.	Uretritis 8 meses de duración.	8/14/37	8/16/37 á 8/23/37 Total: 15.6 Gm.	Lav. sol. fisiológica.	8/19 desaparecido todo edema, secreción muy escasa.	8/23/37	Ninguna	8/2/37 Excelente. V. 1/1 12 días.
6 C. M. A.	Uretritis 3 años de duración	8/22/37	8/24/37 á 8/30/37 Total: 22.425 Gm.	Lav. sol. fisiológica	8/25 mucho menos supuración y edema. 8/26 apenas hay secreción. 8/28 no hay secreción.	8/28/37 (5) Cultivo Positivo	Ligeros mareos.	9/1/37 Excelente. V. 1/1 8 días.
7 R. C. R.	Ninguna.	10/19/37	10/20/37 á 10/29/37 Total: 16.25 Gm.	Ninguno.	10/21 menos secreción y quémosis. 10/22 desapareció quémosis, secreción muy escasa. 10/23 cambios desfavorables. 10/24 desapareció quémosis, secreción escasa. 10/29 no hay secreción.	(6) 11/12/37	Recidiva por suspensión Sulfanilamida al tercer día.	11/16/37 Excelente V. 1/1 17 días.
8 J. N. S.	Uretritis de duración desconocida.	11/10/37	11/12/37 á 11/20/37 Total: 20.15 Gm	Ninguno.	11/13 muy poco edema, secreción escasa. V. 1/1. 11/15 desapareció quémosis, apenas hay secreción. 11/17/37 no hay secreción.	11/22/37	Ninguna	11/20/37 Excelente. V. 1/1 10 días.

- 1.—Esta paciente tomó la Sulfanilamida irregularmente durante ocho días en una cantidad total de 10 Gm. Después de esto tomó regularmente 2.6 Gm. diarios y sanó rápidamente.
- 2.—Esta complicación se atribuye a la irregularidad con que esta paciente tomó la droga durante los primeros ocho días.
- 3.—En este caso la infección ocurrió en la cavidad de un ojo enucleado.
- 4.—Este paciente abandonó el tratamiento después de tomar sólo 2 Gm. de la droga y ya se había observado alguna mejoría.
- 5.—No volvió para tomarle la última laminilla.
- 6.—La laminilla tomada en Nov. 2 presentaba escasos gonococos, pero el paciente no volvió hasta Nov. 12 para la última muestra que resultó negativa.

cocos que persisten después de terminar la administración de la droga ya no pueden reproducir la infección a través de las barreras formadas y vimos que hubo recrudescimiento en el caso en que no había transcurrido suficiente tiempo para la movilización de los procesos defensivos.

COMENTARIOS

1. Todos los pacientes que han recibido la Sulfanilamida han curado de manera espectacular en un período de tiempo mucho más corto que el requerido por el tratamiento anterior.

2. Este tratamiento es simple e indoloro en contraste con los métodos complicados y dolorosos hasta ahora empleados.

3. Los casos de infección primaria, donde no se pudo demostrar infección extraocular preexistente, respondieron tan bien al tratamiento como los secundarios. Debemos recalcar aquí que estos casos de infección primaria no respondían por lo general a ninguna otra forma de tratamiento empleada hasta ahora.

4. En vista de los resultados obtenidos en estos casos creemos justificado el uso juicioso de la Sulfanilamida en todos los casos de oftalmía gonocócica en adultos, en que la droga no esté contraindicada por otras causas.

5. Es conveniente que otros compañeros hagan ensayos clínicos con esta droga en esta afección para corroborar nuestros resultados.

6. Falta mucho por estudiar del modo de acción de esta droga en ésta y otras afecciones. Hasta ahora sólo hemos corroborado los resultados clínicos con los exámenes de laboratorio indispensables, pero nos proponemos utilizar en mayor extensión la ayuda del laboratorio para poder determinar con exactitud la dosis mínima efectiva.

7. En casos de deficiencia renal, la excreción de la droga es lenta y tiende a la acumulación de ésta en la sangre,* por lo que es menester usar dosis más pequeñas y tomar mayores precauciones.

BIBLIOGRAFIA

1. FERNANDEZ, R. F. — Apuntes sobre el Tratamiento de la Oftalmía Gonocócica. *Bul. Asoc. Méd. de P. R.* Año 29 Núm. 6, p. 283. 1937.
2. DEES, J. E. and COLSTON, J. A. C. — The Use of Sulfanilamide in Gonococcal Infections. *J. A. M. A.* 108:1855, 1937.
3. DEES, J. E. and COLSTON, J. A. C. — Como en el número 2.
4. BLISS, E. A. and LONG, P. H. — Observations on the Mode of Action of Sulfanilamide. *J. A. M. A.* 109:1524. 1937.
5. MELLON, R. R. et al. — Experimental Studies with Sulfanilamide and Prontosil in Hemolytic Streptococcus Infections. *J. A. M. A.* 108:1858. 1937.
6. BLISS, E. A. and LONG, P. H. — Como en el número 4.
7. DEES, J. E. and COLSTON, J. A. C. — Como en el número 2.
8. MARSHALL, E. K. et al. — Para-Aminobenzenesulfonamide, Absorption and Excretion: Method of Determination in Urine and Blood. *J. A. M. A.* 108:953. 1937.

TREATMENT OF ULCERS OF THE LEG *

T. D. SLAGLE, M. D.

Coamo, P. R.

The reason for this choice of subject is not because it is unfamiliar nor because I have done original work in the field but because it is very familiar and I wish to summarize developments recently made by other men. This condition is present in all climates and latitudes, but especially frequent here where the mild, pleasant temperature invites walking without shoes and favors infection with fungus and other low virulence organisms. These infections as well as insect bites produce itching and scratching, and self induced skin lesions which fail to heal because of lack of proper care, and remain as chronic ulcers.

Treatment of these ulcers is often prolonged and always unpleasant because of the dirty local condition, and frequent foul odor. The doctor is tempted to leave the care to nurses or practitioners who are untrained for the work and he usually does little more than prescribe some kind of injections and perhaps some local medication in the hope that improvement will take place without more visits. This seldom takes place however, and the ulcer usually progresses or at least does not heal and the patient eventually becomes tired of repeated failures and settles down to a painful, practically helpless life, dress-

sing the ulcer himself with patent ointments and whatever home remedies friends tell him are good for the sore. Many chronic ulcers are as disabling as advanced pulmonary tuberculosis and many last longer, are more painful and equally unpleasant for the ones who live near them.

Leg ulcers are frequently seen which have been present for from five to twenty years with almost constant and complete disability. This is especially distressing in one who has the responsibility of a family and whose disability only allows him to increase the family which he is unable to support.

The evolution in the treatment of leg ulcers has been slow but constant, and recently well supported statements have been made by English and American workers to the effect that 100% can be healed, well over 90% by conservative and the remainder by radical means.

The acute ulcer is usually seen following acute local infection, trauma with infection, or an exacerbation of the infection in a chronic ulcer. There is fever, swelling, surrounding inflammation, lymphadenitis and profuse discharge. The surface has no granulations but is covered with slough, or gray, coagulated serum. The edges are thin and undermined and the skin often cyanotic. Pressure from the swelling produces stasis which leads to more slough and extension of the process.

* Paper read at the annual meeting of the Puerto Rico Medical Association, December 18, 1937.

In this stage bed rest with elevation of the part is imperative. Wet dressings, preferably with heated tent and analgesic medication will usually relieve the edema and pain quickly and the slough will separate, leaving clean granulations. At this stage wet dressings should be discontinued to avoid excessive granulations and the lesion treated as a chronic ulcer.

The chronic ulcer may result from an acute lesion, from varicose veins, syphilis, tuberculosis, fungus infection with scratching; arteriosclerosis, senile or diabetic; or from other less frequent causes. The etiology should be determined in every case and every clinical and laboratory method necessary should be used although a high percentage can be diagnosed by physical examination. The luetic ulcer is usually near the knee, usually anteriorly placed and often crecentic, the tuberculous sore has undermined edges, is more painful, has scant discharge and is less common. Arteriosclerosis produces a pale, cold, very indolent ulcer with little discharge; while the varicose ulcer is the opposite with edema, exhuberant unhealthy granulations, profuse discharge and the surrounding skin indurated, pigmented and eczematous.

Obstacles to healing are impaired circulation either from poor arterial supply or poor venous drainage, chronic infection, induration and elevation of the edges and constitutional disease such as syphilis, tuberculosis or anemia, and the ideal treatment should overcome all of these obstacles.

In the development of the modern methods of management of these cases

a great number of techniques have been developed, each with its own advantage but all falling short of the ideal.

The constitutional disease should receive first attention. The luetic ulcer will heal much more rapidly with appropriate antisyphilitic treatment and it is practically impossible to effect even temporary cure in varicose ulcers without treating the varices which are responsible for them. In the same way, it is superfluous to say that diabetes, tuberculosis, and anemia must be treated if local improvement is to be expected.

Because of the chronicity of the disease, the care must be inexpensive and largely ambulatory, and dressings should be as infrequent as possible.

The mechanisms of healing are contraction of the surrounding edge of normal skin and epitheliazation of the raw surface from edges; and to accompolish this the indurated edges must be softened or mobilized to allow contraction, the skin must be brought to a level with the granulating surface, and circulation must be maintained to nourish the growing tissue.

Contributions to the improvement of local treatment are innumerable but some must be mentioned. Elliptical incisions through the deep fascia around the ulcers have been used in cases where firm induration prevented contraction, and elevated, indurated skin edges cut down to level of granulations. Exuberant granulations were trimmed or curetted away or treated with caustics. Many chemicals have been used to stimulate circulation locally and others for

the relief of pain, for bacteriostasis and to counteract foul odors. One technique used aluminum subacetate locally as a wet dressing followed by spirits of camphor and firm pressure bandage from toes to knee with changes and phenol to ulcer surface on alternating days. Unna developed a bandage in the form of a boot made of successive gauze bandages painted with a paste of glycerine, gelatin, zinc oxide and water. This became hard when dry and supplied pressure for the support of weak vein walls, protected the ulcer from recontamination, provided moist healing conditions and required infrequent changes and was perhaps the best local treatment at its time, but it had the disadvantage of becoming badly soiled and preventing drainage.

More recently Dakin's solution has been used to remove slough and sterilize the wound surface; irradiated petrolatum and cod liver mixtures are used for some not well understood but apparent benefit; zinc perborate is said to be the ideal medicine for use in progressive ulcers with certain types of anerobic infection. Maggots have been used in ulcers as well as bone infections because of their scavenging action and perhaps because of the proteolytic action of their secretions, and as a result of this, two of their products, allantoin and urea, are being used with good results without the maggots, in the form of wet dressings.

The urea treatment deserves more than passing mention as reports by Robinson in the American Journal of Surgery in August, 1936 and of Holder and Mackay in the J.A.M.A. of April 3, 1937

amply prove. This substance in dilute solution (2%) seems to promote protein autolysis with the rapid removal of dead tissue and stimulation of healing and when used in solutions up to saturation and even in the crystalline form is said to actually dissolve necrotic matter without damage to normal tissue. Users of urea claim that it cleans wounds as well as Dakin's solution and has the advantages that it is easy to apply, its action is continuous so that it needs not to be applied frequently, is more efficient in counteracting a foul odor is much less expensive and more comfortable. Its harmlessness allows it to be used as a dressing for patients not under constant supervision and even the concentrated solutions may be continuously applied to skin grafts on infected surfaces without injury to the grafts. I have been able to confirm most of these claims personally in a short series of cases.

A definite advantage of the urea treatment is the fact that it is extremely inexpensive, the 2% solution being most commonly used, and the crystalline urea selling for 45 to 50 cents per pound plus transportation, according to the quantity purchased.

Morison and Beck are credited with the development of adhesive strapping in ulcer treatment and it has become deservedly popular in the last few years. The methods of application is as follows: the ulcer and surrounding skin is cleaned, desquamating skin removed from the margins and the coagulated serum from the ulcer surface. Short pieces of adhesive are applied to the margins so that it extends on both sides of the epithelial margin. Successive ap-

plications are made until the whole margin is covered and a space is left in the center for drainage. Some sort of absorbent pad is placed over the adhesive such as a sponge, gauze or cotton. This is held in place by a circular bandage which should exert firm pressure and in the cases complicated by edema should extend from the bases of the toes to the knee. Dressings should be changed daily or at least every two days and it is noted after the second or third treatment that there is less pain, swelling, and discharge, and that there is a fine blue line of new epithelium around the edges. As discharge becomes less profuse dressings may be made less frequently but not less than twice weekly.

A. Dickinson Wright in England is credited with showing the advantages of elastic adhesive dressings in ulcer treatment and this has been confirmed in repeated publications by Beverly Douglas, two of which are found in *Surgery, Gynecology and Obstetrics*, October 1935 and *Archives of Surgery*, May 1936.

Wright reports 525 cases of healed ulcers by this technique, and Douglas a series of 113 cases with prompt healing in all but three in which there was a definite improvement but healing was so slow that excision with skin grafting was done. There were four recurrences which healed promptly when adhesive was reapplied.

The bandage used is an elastic cloth covered on one side with an elastic zinc oxide compound. There are several similar products on the market (of which the only one I have been able to obtain was "Elastoplast"). These come in 3" width and when stretched are approx-

imately 5 yards long. This is ample for one complete leg bandage. When applied the adhesive holds securely and exerts a constant elastic pressure. Stretching opens a meshwork of fine holes in the elastic coating as well as the cloth which allows drainage to take place but practically prevents contamination from without.

These authors claim every important advantages of practically all the previous advances in treatment. It is an elastic bandage with the effect of the rubber stocking used in varicose veins. It is a boot comparable to the Unna paste boot but this one permits secretions to escape and be cleaned away without damage to the dressing. The skin becomes soft and pliable under the constant contact with the zinc oxide coat and the edges are constantly drawn together by the elastic pull aiding the natural contraction of scar tissue. Exuberant granulations are pressed back when present and the elevated skin edges are pressed down to the level of the granulations in the punched out type of ulcer, thus eliminating a dead space where secretions might collect. This type of bandage provides moist healing conditions at all times and prevents the formation of a scab which would imprison secretions under pressure and allow absorption of toxins. Sealing of the skin at the margin prevents pus contaminating good skin and the leveling of the epithelial and granulating edges with constant pressure on the new epithelium promotes healing at a rate which Douglas has proven by careful mathematical calculations to exceed the ideal growth rate determined by Carrel and associates for sterile

wounds. The bandage is comfortable after the first few hours and full activity is allowable and of advantage in healing.

Contraindications are limited to the rare cases where gangrene is threatened by local anemia from partial arterial occlusion.

Economy is a prominent factor in the treatment because few dressings are required, the patient is allowed full activity, healing is rapid, and no medicines other than the bandage are needed. Two or three days of hospitalization cost more than the entire treatment with elastic adhesive.

Douglas describes the technique of the application of the bandage approximately as follows: shave the skin to be covered and cleanse with ether and allow to dry. Elevate the foot to empty the veins. Place two strips of adhesive from the ankle to the calf on each side, longitudinally, in cases where there is much edema or where there is a large ulcer surface to moisten the bandage, in order to prevent slipping when the edema disappears. Cover foot, angle and leg to $\frac{1}{2}$ inch below patella with the stretched adhesive, beginning with a figure of eight around the foot and ankle and spiralling upward to the calf. At this point the bandage is advanced sharply to the upper turn below the knee and brought down again in a spiral to cover the entire skin surface. The adhesive should be lapped from $\frac{1}{2}$ to $\frac{1}{3}$ its width. It is preferable to cover the entire surface of the ulcer with one turn if it is not too large to prevent cutting at the edges. The entire bandage should be applied with tension sufficient to stretch to the limit of elasticity and slightly

more in order to allow the elastic to continue to exert pressure when the edema has been expressed. This pressure will cause moderate pain for the first four to five hours but the pain can be relieved with mild analgesics, and these are not needed after the first night.

If there has been much swelling the bandage should be changed after four to five days but succeeding bandages may be left on two to three weeks. To change dressing simply sponge surface clean and apply new adhesive. The bandage may be washed with wet cloth and dried as often as it is soiled without injury. When there is a small deep ulcer it is well to apply one turn loosely then put a gauze pressure pad of appropriate size over the ulcer and apply another turn of adhesive with usual pressure.

Small single ulcers may be treated with short straps applied under the same tension but not completely encircling the leg.

Owing to the fact that the warm climate damages these bandages they should not be kept long before application. They may be obtained from the Duke Laboratories in Long Island City, New York or from the local agents in Puerto Rico.

Conclusion:

I have tried to show that ulcer of the leg is a common cause of prolonged invalidism and pain and that as a general rule it has been neglected by the profession because treatment has been unpleasant and the results discouraging. I have tried to show that modern methods of management give relief rapidly and at a low cost with a high percentage of success.

INFORME DEL TESORERO DE LA ASOCIACION MEDICA DE PUERTO RICO *

Año 1937

Compañeros de la Cámara:

Cumplo con mi deber al someter a vuestra consideración este informe del movimiento habido en la tesorería de la Asociación Médica durante el presente año.

Económicamente, la Asociación ha empezado a rehabilitarse de la crisis por que atravesaba.

De los 332 socios registrados actualmente, 173 se encuentran al día en el pago de sus cuotas; 68 deben el último semestre; 43 deben todo el año y 41 adeudan más de un año.

Nuestra secretaria ha informado que fueron dados de baja de nuestra Asociación unos 37 miembros que no habían pagado sus cuotas atrasadas. Los que aun aparecen debiendo más de un año no fueron dados de baja entonces, porque hicieron promesas de pagarlos, pero estas no han sido satisfechas hasta la fecha, a pesar de las innumerables gestiones que hemos hecho al efecto. A estos socios no hay más remedio que aplicarles el reglamento con todo el peso de su intención. He de confesar que si de algo se puede acusar a esta directiva es de haber sido demasia-

do tolerante, mal éste crónico en nuestras directivas y el cual hemos empezado a corregir. Hay que ser aun más exigente de lo que fuimos nosotros.

En cuanto a los compañeros que aparecen adeudando el año 37 o el último semestre de éste, es de esperarse que hagan efectiva su deuda durante el transcurso de esta asamblea.

El ingreso habido por concepto de cuotas hasta la fecha monta a \$3,131.00 lo que representa un aumento de \$981 en el habido por este concepto el año pasado.

Entre los 152 miembros que se encuentran en deuda con nuestra Asociación por concepto de cuotas, hay por cobrar un total de \$1,842.00

Para los cobros de San Juan y pueblos limítrofes hemos utilizado los servicios de un nuevo cobrador, el cual nos ha dado un buen resultado. Para los cobros de la isla hemos utilizado el correo, evitando así los gastos de viaje de un cobrador y ahorrándonos además el pago de la comisión correspondiente. Este sistema nos ha dado magnifico resultado, y sinceramente creemos que el mismo debe mantenerse, ya que redundará en beneficio de nuestra Asociación.

Nuestro Boletín:

Este año el Boletín de la Asociación ha estado bajo la competente adminis-

* Informe presentado por el tesorero, Dr. David E. García, a la Cámara de Delegados de la Asociación en su reunión anual, celebrada el día 17 de diciembre de 1937.

tración del estimado compañero, Dr. Martínez Rivera.

Una de las primeras gestiones del compañero aludido, fué conseguir un precio más barato para la impresión del mismo.

El número de anuncios publicados ha sido más o menos igual al del año pasado, habiendo ingresado por dicho concepto un total de \$1,391.25 y adeudándonos la suma de \$265.05.

Los egresos a que ha dado lugar la publicación del Boletín hasta la fecha aumentan a \$1,209.34. Por lo tanto, el beneficio que ha dejado el Boletín a la Asociación, una vez se hayan cobrado los \$265.05 que se nos adeuda por concepto de anuncios, ascenderá a \$446.96. Estas cifras no incluyen el Boletín correspondiente al mes de diciembre, el cual se encuentra todavía en prensa.

Por las cifras anteriormente transcritas es fácil comprender el gran beneficio que ha reportado para nuestra Asociación el nombramiento del Dr. Martínez Rivera como Editor-en-Jefe y Administrador del Boletín.

A propósito del Boletín deseo informar que algunos compañeros de la Isla encuentran que reciben poco de la Asociación para lo que pagan. Como los médicos en general no reciben el boletín de la Escuela de Medicina Tropical, que creo que se publica trimestralmente; se me ocurre que esta Asociación podría llegar a un acuerdo con el Director de la Escuela para que se le enviara a cada médico asociado este otro boletín, que indudablemente tiene sus méritos. De

cualquier manera es algo más que podríamos ofrecer a aquellos compañeros que viviendo lejos de San Juan, no tienen las facilidades de poder asistir a las conferencias de esta Asociación y de la Escuela.

Banquete-Homenaje al Dr. Garrido Morales:

El banquete-homenaje al Dr. Eduardo Garrido Morales llevado a efecto el 21 de agosto ppdo. produjo por la venta de tickets la cantidad de \$1,160.00, y los gastos ocasionados por el mismo ascendieron a la suma de \$1,097.76. De modo pues, que con este homenaje la Asociación tuvo un beneficio de \$62.34.

Insignias para automóviles:

Por acuerdo expreso de esta Cámara fueron ordenados a la Asociación Médica Americana, 100 insignias para carros con el nombre de nuestra Asociación al borde.

La compra de estas insignias nos salió por \$202.00, incluyendo los impuestos que hubo que pagar, y las mismas están siendo vendidas a \$2.50 cada una, con el objeto de cubrir el franqueo de las que tienen que ser enviadas por correo.

Hasta esta fecha hemos vendido 61 de estas placas, habiéndose cobrado ya el importe de 51 y adeudándonos 10.

Es de esperarse que en el transcurso de esta asamblea estas insignias queden liquidadas, y pueda hacerse un segundo pedido, ya que es la intención que todo médico asociado tenga este nuevo emblema en su carro.

Agape a visitantes cubanos:

El 1ro. de octubre del año en curso se celebró en el Escambrón Beach Club, un ágape en honor de tres ilustres visitantes cubanos, tal como ha informado ya nuestro presidente.

El costo de este homenaje, que montó a \$103.36, fué cubierto en su totalidad por la Asociación, ya que todos los que asistieron al mismo lo hicieron como invitados de honor.

Atención de nuestro edificio:

Al igual que en los últimos tres meses del año pasado, hemos continuado durante el presente año prestando nuestra atención a la conservación y mejor cuido de nuestro edificio y sus alrededores.

A fin de mejorar su aspecto exterior, hemos pintado nuevamente sus paredes. Este año, sinembargo, no hemos tenido necesidad de hacer reparaciones de ningún género en su estructura, ya que éstas fueron realizadas a fines del 36.

Nuevas adquisiciones:

Por sugerencia del presidente de la Asociación Médica del Distrito de San Juan, nuestro compañero el Dr. Rodríguez Pastor, se han adquirido los muebles e instrumentos que a continuación se expresan:

1.—Un balopticon. Este aparato tiene facilidades para proyectar clisés, fotografías o cualquier documento que quiera mostrarse en la pantalla para ilustrar alguna conferencia. También pueden proyectarse en él laminillas o

pequeñas películas expresamente preparadas para ser usadas con este instrumento. El precio pagado por este proyector es de \$174.68.

2.—Una pantalla con cortinas de pana.

3.—Un negatoscopio, con facilidades para presentar tres placas al mismo tiempo, y

4.—Un atril para colocar el trabajo que está leyendo un conferenciante.

Estos últimos muebles están hechos en ciprés, y como puede verse, tienen una espléndida presentación.

Todos estos instrumentos son muy necesarios en nuestra Asociación, e indudablemente habrán de ser de gran ayuda para el conferenciante.

Alquiler de locales:

Este año se ha alquilado todo espacio disponible en nuestro edificio a los fines de las exhibiciones comerciales que se llevarán a efecto durante esta asamblea.

El ingreso por este concepto monta a \$520.00, y sólo lamentamos no haber dispuesto de más espacio, pues la falta de éste nos ha obligado a rechazar unas cuantas solicitudes para locales.

Resumen:

Al hacernos cargo de esta tesorería en la tarde del 30 de agosto de 1936, recibimos de nuestro predecesor un balance en el banco a favor de la Asociación de \$605.60.

El estado económico de nuestra Asociación es en la actualidad como sigue:

Balance disponible en el	
Banco	\$1,946.23
Se nos adeuda por concepto de anuncios	265.05
Se nos adeuda por concepto de alquiler de locales	430.00
Se nos adeuda por concepto de insignias de carros	24.50
Insignias por vender	97.50
	<hr/>
	\$2,763.28

En las anteriores cifras solamente hemos querido poner el dinero con que puede contar la Asociación en cualquier momento, ya que lo que se nos adeuda por los conceptos anteriormente expuestos es dinero que se cobrará en su totalidad en el transcurso de esta asamblea.

No hemos querido contar lo que se nos adeuda por concepto de cuotas, una gran cantidad de las cuales esperamos se sobre durante la asamblea.

También hemos dejado fuera deliberadamente, una acción de "Prensa Insular de Puerto Rico, Inc." por valor de \$50.00, adquirida por nuestra directiva, y que creemos podría convertirse en dinero en cualquier momento.

Solamente quedan por pagar las cuentas corrientes del mes, pues ha sido nuestra costumbre liquidar todas estas mensualmente.

Réstame solamente, expresar mi agradecimiento a los compañeros que me hicieron el honor de elegirme para este cargo, y dar las más expresivas gracias a todos los compañeros de directiva por la cooperación brindada para el mejor éxito en el desempeño de mis funciones como tesorero de la Asociación.

Muy respetuosamente,

DAVID E. GARCIA, M. D.
Tesorero.

Boletín de la Asociación Médica de Puerto Rico

Avenida Fernández Juncos, Parada 19.
Santurce, P. R.

Año XXX Febrero, 1938. Núm. 2

Editor y Administrador:
Dr. E. Martínez Rivera

Editores Asociados:
Dr. Leopoldo Figueroa
Dr. Pedro S. Malaret
Dr. David E. García
Dr. J. Noya Benítez
Dr. L. Gaetán Roberts

NOTICIAS MEDICO-SOCIALES

Asociación Médica del Distrito de San Juan

El viernes 11 del cursante mes, la Asociación Médica del Distrito de San Juan, celebró su reunión anual, acto al cual asistieron alrededor de 60 médicos y cuyo principal objeto era la elección de la nueva directiva y de los delegados para el año en curso.

La reunión dió comienzo a las 9:00 de la noche con la lectura del informe del Presidente, Dr. J. Rodríguez Pastor, el cual fué acogido con gran beneplácito por los miembros presentes.

Siguió en turno la elección de los funcionarios, y procedióse a la votación, la cual arrojó el siguiente resultado:
Presidente — Dr. E. Martínez Rivera
Vice-Pres. — Dr. Basilio E. Dávila
Secretario — Dr. Francisco J. Capó
Tesorero — Dr. M. Rodríguez Ema
Delegados — Dr. Leopoldo Figueroa
Dr. Guillermo Barbosa
Dr. J. Noya Benítez
Dr. Ernesto Quintero
Dr. L. García de Quevedo
Dr. J. Garrido Collazo

La siguiente resolución fué aprobada por unanimidad:

"Resolución sobre Medicinas Patentizadas"

POR CUANTO, la Asociación Médica Americana está llevando a cabo desde hace años una intensa campaña contra los remedios fraudulentos de fórmula secreta que se anuncian mediante propaganda engañosa con gran perjuicio para la salud pública;

POR CUANTO, la Cámara de Delegados de la Asociación Médica de Puerto Rico, siguiendo el ejemplo de las asociaciones estatales de Estados Unidos, acordó endosar esta campaña y al efecto aprobó en diciembre 17, 1937, una resolución en tal sentido;

POR CUANTO, es imprescindible que las asociaciones de distrito cooperen con la Asociación Médica de Puerto Rico en la campaña que habrá de llevarse a cabo según las disposiciones de la resolución aludida;

POR TANTO, decídase por la Asociación Médica del Distrito de San Juan, reunida en Asamblea Ordinaria el día 11 de febrero de 1938:

1.—Ofrecer a la Asociación Médica de Puerto Rico la entusiasta cooperación de la Asociación de Distrito de San Juan para llevar a cabo la campaña contra los patentizados de fórmula secreta.

2.—Recomendar a la directiva de la Asociación Médica que impulse en la próxima legislatura aquella legislación que fuere necesaria para proteger al público contra los anuncios engañosos de medicinas y contra la posible reproducción en Puerto Rico de las tragedias ocasionadas en Estados Unidos por

el patentizado llamado "Elixir de Sulfanilamida-Massenguil".

3.—Que copias de esta resolución se envíen al presidente de la Asociación Médica de Puerto Rico y a los presidentes de todas las demás asociaciones de distrito de la isla; al editor del Boletín de la Asociación Médica de Puerto Rico y una copia en Inglés al editor del "Journal of the American Medical Association."

Dr. Ernest Irons:

El lunes 21 del cursante mes, y bajo los auspicios de la Asociación Médica del Distrito de San Juan, el distinguido profesional cuyo nombre encabeza estas líneas, ex-decano del Colegio de Medicina de Rush y miembro en la actualidad del Consejo de Farmacia y Química de la Asociación Médica Americana, dictó en los salones de la Asociación una interesante conferencia sobre el siguiente tema:

"Medicines, and the protection of the Profession and the Public"

La forma brillante en que desarrolló su tema el ilustre conferenciante despertó inusitado interés entre todos los concurrentes.

Con esta conferencia ha dado comienzo la nueva directiva de la Asociación Médica del Distrito de San Juan a la serie de actos científicos que se propone llevar a efecto durante el presente año, y confiamos en que sus esfuerzos se vean coronados por el más lisonjero éxito.

Asociación Médica del Distrito de Aguadilla:

El domingo 13 de febrero se llevó a efecto en la ciudad de Aguadilla la reunión anual de la Asociación Médica de aquel distrito, con el objeto de elegir los nuevos funcionarios para el año en curso, resultando electos los siguientes compañeros:

Presidente: Dr. Gregorio Igartúa
Secretario: Dr. Néstor de Cardona
Delegado: Dr. Arturo L. Echevarría

Asociación Médica del Distrito de Mayagüez:

En la reunión celebrada el domingo 27 de febrero por la Asociación Médica del Distrito de Mayagüez, resultaron electos los siguientes compañeros para regir los destinos de dicha entidad durante el presente año:

Presidente—Dr. Domingo Nochera
Vice-Pres.—Dr. Arquelio Ramírez
Secretario—Dr. Nelson Perea
Tesorero —Dr. A. Pérez Toledo
Delegados—Dr. M. Guzmán Rodríguez
Dr. Carlos González

Nuevos socios:

Recientemente han ingresado a nuestra Asociación los siguientes compañeros:

Dr. José A. Seín, del Hospital San José.

Dr. A. Marchany, del Hospital Presbiteriano.

Comité de Anuncios:

Por un olvido involuntario, en la lista de los nuevos comités de la Asociación, que publicamos en nuestra pasada edición, no apareció el Comité de Anuncios y Reclamos, olvido éste que

nos complacemos en subsanar a continuación.

El Comité de Anuncios y Reclamos para el año 1938 ha quedado integrado por los siguientes compañeros:

Dr. Héctor A. Bladuell
Dr. Luis J. Fernández
Dr. V. Gutiérrez Ortíz
Dr. Juan Mimoso
Dr. Gregorio Igartúa
Dr. M. Rodríguez Ema

Nota de Tesorería:

Nos pide nuestro amigo, el Dr. Antonio Ortíz, Tesorero de nuestra Asociación, que hagamos constar que actualmente no se usa cobrador para el cobro de las cuotas, por lo que suplica a todos aquellos compañeros que aún no lo hayan hecho, que envíen su cheque por correo, o informen a la Asociación si desean que les visite el cobrador.

Cambio de residencia:

Nuestro compañero, el Dr. José Arrache, quien últimamente había venido ejerciendo su profesión en Santurce, ha cambiado su residencia para el pueblo de Yauco.

El Dr. A. Villeneuve, quien residió durante algún tiempo en Santurce, ha abierto nuevamente su consultorio en el pueblo de Cayey.

Dr. Martín O. de la Rosa:

Lista ya para entrar en prensa esta edición de nuestro Boletín, llega hasta nosotros la triste noticia de que se encuentra gravemente enfermo en el Hospital Presbiteriano, de esta Capital, nuestro querido amigo y compañero, el Dr. Martín O. de la Rosa.

Hacemos fervientes votos por el pronto restablecimiento del distinguido colega.

PICRATOL

de WYETH



Eficaz en el tratamiento de la VAGINITIS causada por TRICOMONAS VAGINALIS

Picratol, Compuesto de Wyeth en Polvo, proporciona un tratamiento cómodo, práctico y económico de la vaginitis causada por tricomonas vaginalis. Es una mezcla suave, que no irrita, de Picratol de Wyeth al 1%, disperso en caolin, concentración que según lo ha demostrado la investigación clínica es, en general, eficaz contra este organismo.

Siguiendo un estudio del efecto, in vitro, del picrato de plata sobre los cultivos viables de los tricomonas vaginalis, y gracias al desarrollo de métodos de diagnóstico exactos por medio de una técnica mejorada de laboratorio, se probó que muchos centenares de pacientes tuvieron una remisión total de los síntomas clínicos y de laboratorio, después del tratamiento con Picratol de Wyeth, durante un período de sólo dos semanas. Ocurrieron muy pocas recidivas y algunas de ellas parecen haber sido reinfecciones.

Cuando se aplica el Picratol, Compuesto de Wyeth en Polvo, por medio de un insuflador adecuado y se suplementa con el uso de los Supositorios Vaginales de Picratol de Wyeth, se reduce el curso normal del tratamiento a un período de dos semanas, o sea, un período más corto del que se requiere generalmente para dominar la infección.

Impresos descriptivos a solicitud.

JOHN WYETH & BROTHER INCORPORATED
PHILADELPHIA, PA., E. U. A.

Distribuidores: CASTAGNET & CASTILLO CO. - P. O. Box 618, San Juan, P. R.

NEO-CALGLUCON AMPULES

**SAFE FOR INTRAGLUTEAL AND
INTRAVENOUS CALCIUM THERAPY**

Neo-Calglucon ampules contain a stable solution of the highly soluble double salt calcium gluconogalactogluconate. More satisfactory than the unstable supersaturated solutions of calcium gluconate which they supersede.


SUPPLIED
Ampules of 5 cc. and 10 cc.
in concentrations equivalent
either to a 10% or 20% solu-
tion of calcium gluconate.

CALGLUCON TABLETS - GRANULES

**FOR PALATABLE ORAL
CALCIUM THERAPY**

Calglucon, the original high purity brand of calcium gluconate is the best known and most generally prescribed product for effective oral use of calcium. Palatable, and readily absorbed.

SUPPLIED
Chocolate flavored tablets, 1.5 Gm.
Effervescent tablets, 3 Gm.
Granular Powder



SANDOZ

SANDOZ CHEMICAL WORKS, Inc., 61-63 Van Dam Street, New York, N. Y.

Insignias de Médico

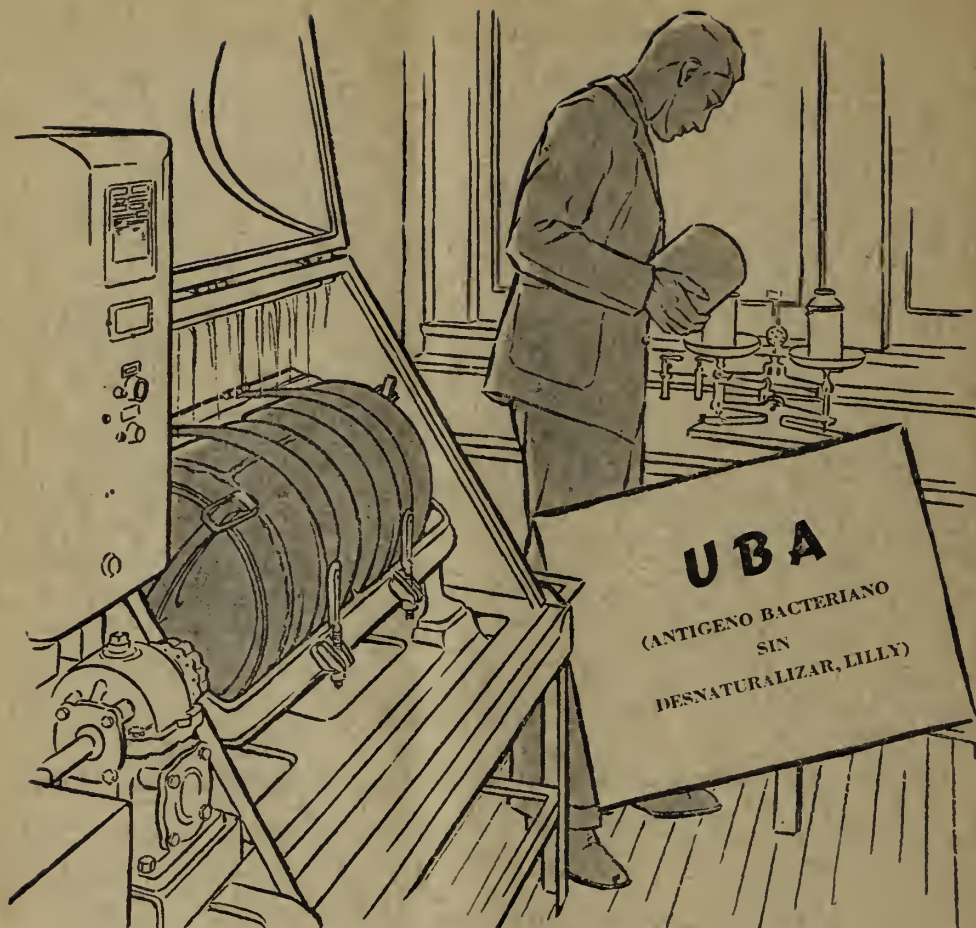
❁ ❁ ❁

Cumpliendo con lo dispuesto por la Cámara de Delegados, nuestra directiva ha adquirido de la Asociación Médica Americana, cierto número de insignias para automóviles, que llevan al borde el nombre de nuestra Asociación, y las cuales se distribuirán solamente entre los médicos asociados.

Estos nuevos emblemas se expendrán a \$2.50 cada uno.

Todo compañero que desee hacerse de una o más de estas insignias deberá dirigirse al suscriptor, acompañando a su orden el importe de las mismas.

Dr. Antonio Ortiz
Tesorero



EL desprendimiento de substancias antigénicas de las bacterias por medio de la trituración de éstas en molinos especiales de bolas de acero, proporciona un tipo de vacuna que no ha sido alterada por el calor o por substancias químicas. La respuesta terapéutica a los antígenos naturales de este tipo rinde una inmunidad específica

inusitada en la mayoría de los casos.

Los productos 'U B A,' elaborados conforme el método del Dr. A. P. Krueger, incluyen el Respiratorio 'U B A,' Estafilo-Estreptococo 'U B A,' Pertusis 'U B A' y el Gonococo 'U B A.'

La lista completa de productos 'U B A' puede obtenerse por conducto de las farmacias y droguerías.

Lilly

ELI LILLY AND COMPANY
INDIANAPOLIS, INDIANA, E.U.A.

7 JUN 1938

Año XXX

MARZO, 1938

Número 3

BOLETIN

DE LA

ASOCIACION MEDICA DE PUERTO RICO

ORGANO OFICIAL

PUBLICACION MENSUAL

Ave. Fernández Juncos, Parada 19

Santurce, Puerto Rico

Entered as second class matter, January 21, 1931 at the Post Office at San Juan, Porto Rico, under the act of August 24, 1912.

INDICE



PAGINA

Introducción al estudio de las enfermedades cardiovasculares en Puerto Rico, A. Fernós Isern, M. D., Santurce, P. R. -----	83
The treatment of Active, Chronic, Pulmonary Tuberculosis in the Adult, Col. A. T. Co- oper, M. D., San Juan, P. R. -----	92
Algunas consideraciones sobre las pielitis gra- vídicas, L. A. Balasquide, M. D., Ponce, P. R. -----	105
Malignant Bone Tumors with a Review of Three Cases, J. R. Bierley, M. D., Humacao, P. R. -----	112
Noticias Médico-Sociales -----	120

SUSCRIPCION ANUAL TRES DOLARES

Casa Baldrich, San Juan, P. R.

Myrticine [Cole]

EN EL TRATAMIENTO DE

Diabetes Mellitus

Myrticine (Cole), es un adyuvante de singular valor, en el tratamiento de diabetes. Por la influencia de sus componentes que contiene, (myrtillin, y extractos duodenal y pancreático) se ejerce una acción muy marcada como la insulina. Depende de la severidad del estado diabético, se puede eliminar el uso de la insulina enteramente, o por lo menos el número de inyecciones se puede reducir diariamente, sin causar un cambio en la entrada carbohidrato, u otras alteraciones dietéticas. En adición, Myrticine (Cole) sirve para establecer la sangre sucrosa, para que las reacciones hipoglucémicas debido a una dosis excesiva dada por descuido de insulina, son grandemente mitigadas ó prevenidas enteramente.

Myrticine (Cole), es preparada en forma de cápsulas, para la administración por vía oral. Literatura comprehensiva para los Sres. Médicos, será enviada a solicitud.

COLE CHEMICAL CO. St. Louis Mo. EE. UU.

DISTRIBUIDOR:

ENRIQUE VELEZ POSADA

Calle O'Donell No. 12, Box 1018 - San Juan, Puerto Rico



PARA LAS ENFERMEDADES DE LAS
VIAS RESPIRATORIAS

FORMULA

300 c. c. de LASA contienen:

Ortoguayacolsulfonato potásico	5 gramos
Jarabe de brea	40 c. c.
Jarabe savia de pino	50 "
Jarabe bálsamo tolú	60 "
Glefina	150 "

ANDROMACHUS CORPORATION

LONG ISLAND CITY, NEW YORK

ENRIQUE VELEZ POSADA

Calle O'Donell Núm. 12, Box 1018, San Juan, P. R.

4 Empleos Importantes★ del CASEC

CASEINATO DE CALCIO

★DIARREA

La rapidez con la que el Casec cohibe la diarrea constituye un factor importante en la yugulación de la deshidratación que convierte la diarrea infantil en un problema clínico de tanta gravedad. Al mismo tiempo, el Casec restituye el calcio perdido en las deposiciones. Además, su riqueza en proteína sirve para fomentar la histogenia en los lactantes que las constantes cámaras han extenuado.

El Casec está especialmente indicado en el tratamiento de la flojedad de vientre en los niños criados al pecho, la diarrea fermentante (cólera nostras) en los niños criados al biberón, y la diarrea en los niños mayorcitos.

★DESNUTRICION Y BAJO PESO

Los lactantes que no revelan aumento satisfactorio de peso y manifiestan defectuosa turgidez cutánea reaccionan frecuentemente a la proteína y calcio (reconocidos como importantes factores auctógenos) agregados al régimen habitual en forma de Casec.

Administrado en esta forma, el Casec da excelentes resultados en los niños prematuros y los que sufren de marasmo debido a la alimentación impropia.

★ENFERMEDAD CELIACA

La reacción a los tratamientos de cualquier género en la enfermedad celiaca es lenta, pero es indispensable suministrar una alimentación pobre en grasa, y rica en proteína y calcio. Como el Casec llena ese cometido, resulta el alimento de elección para la primera parte del régimen trifásico recomendado por muchos autores, y acostúmbrase a emplearlo durante todo el período, junto con otros alimentos proteicos en la segunda parte del tratamiento y combinado con cereales después.

★COLICO

Con el Casec se obtiene mejoría casi inmediata en el cólico debido a incapacidad para digerir la grasa. Suministrando una mezcla de Casec y agua antes de la mamada y acortando ésta algo, es posible realzar las proteínas contenidas en el alimento, mermando simultáneamente la ingestión de grasa e hidrocarbonados.

El Casec resulta particularmente útil en el tratamiento de los trastornos nutritivos del verano. Hállase de venta en todas las boticas y consérvase indefinidamente.

Muestras y un nuevo folleto sobre el Casec a la disposición de los Sres. Médicos.

Mead Johnson & Co., Evansville, Ind., E.U.A.

Enrique Velez Posada, P. O. Box 1018, San Juan



Para Rinitis Crónica y Ocena **ARGYROL**



Una tira de algodón absorbente saturada con solución de Argylol al 10 por ciento, insertada en la fosa nasal media (empacada hacia la mitad de las fosas nasales) y dejada ahí durante diez minutos a media hora, ofrece probablemente el medio más efectivo de reducir la congestión e irritabilidad de la región posterior al puente de la nariz, en casos de rinitis crónica (Profesor E. B. Gleason).

También en casos de ocena, la solución de Argylol al 10 por ciento generalmente ayuda a eliminar la fetidez y a limpiar los tejidos. Esta, naturalmente, es suplementaria a aquellas medidas quirúrgicas que exija cada caso.

Argylol no es sólo una de tantas "proteínas suaves de plata", sino el

prototipo de los productos de su clase, que jamás ha podido ser duplicado. Es único, tanto química como clínicamente; ningún otro contiene plata en las mismas condiciones físicas y químicas, ni proteína de tan alta calidad y tan adecuada a su aplicación.

La proporción del pH y del pAg del Argylol se regula de modo que puede emplearse en membranas delicadas; sus admirables propiedades detergentes y emolientes, y su acción bactericida pero a la vez sedativa, jamás han podido duplicarse. Esto no es cuestión de opinión, sino un hecho demostrado después de muchos años de experiencia médica mundial. Asegure usted sus resultados, especificando siempre el prototipo: BARNES.

S38A3

Argylol es fabricado solamente por A. C. BARNES



A. C. BARNES COMPANY, INC., NEW BRUNSWICK, N. J.

DESDE HACE 35 AÑOS, FABRICANTES EXCLUSIVOS DEL ARGYROL Y EL OVOFERRIN

"Argylol" es un producto de marca registrada, propiedad de A. C. Barnes Co., Inc.



**PARA CONTROLAR LA FIEBRE
LA CONGESTION Y EL DOLOR**

Aplique

NUMOTIZINE

La Super-Cataplasma

Con este moderno emplasto de caolín no sólo puede obtenerse el efecto descongestivo local de la cataplasma, sino también los efectos sistémicos, antipiréticos y analgésicos de sus ingredientes guayacol y creosota.

Su base de caolín protege contra la absorción demasiado rápida y asegura un efecto antifebril lento y constante.

Por consiguiente, Numotizine es útil no solamente en casos de resfrío y de otras afecciones de las vías respiratorias, sino también en forunculosis, torceduras y contusiones locales.

NUMOTIZINE, INC.

900 NORTH FRANKLIN STREET, CHICAGO, E. U. de A.

PICRATOL

de WYETH

Eficaz en el tratamiento de la VAGINITIS
causada por TRICOMONAS VAGINALIS

Picratol Compuesto de Wyeth en Polvo, proporciona un tratamiento cómodo, práctico y económico de la vaginitis causada por tricomonas vaginalis. Es una mezcla suave, que no irrita, de Picratol de Wyeth al 1%, disperso en caolin, concentración que según lo ha demostrado la investigación clínica es, en general, eficaz contra este organismo.

Cuando se aplica el Picratol, Compuesto de Wyeth en Polvo, por medio de un insuflador adecuado y se suplementa con el uso de los Supositorios Vaginales de Picratol de Wyeth, se reduce el curso normal del tratamiento a un período de dos semanas, o sea, un período más corto del que se requiere generalmente para dominar la infección.

Impresos descriptivos a solicitud.

JOHN WYETH & BROTHER, INCORPORATED, Philadelphia, Pa., E. U. A.

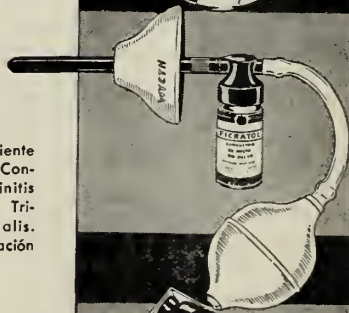
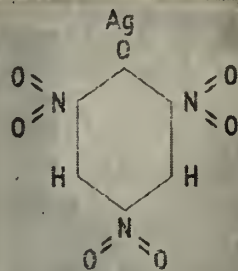
PICRATOL ofrece...

Un Colorante Amarillo que posee marcada afinidad con los tejidos al entrar en contacto con ellos.

Una Fuente de Suministro de Iones de Plata, eficaz en concentraciones que al quedar limitadas por su baja solubilidad (1 por ciento) impiden acción caustica alguna.

Un medio conveniente de tratar en el Consultorio la Vaginitis causada por la Tricomonas Vaginalis. Técnica de Insuflación con Polvo Seco.

Un Tratamiento Cosero Auxiliar (Supositorios) para obtener acción continuo entre unas y otras visitas al médico.



Un antiácido

más segura . . .

Amphojel (Gel de Oxido de Aluminio Wyeth) es una suspensión coloidal, parecida a la crema y de gusto agradable, de óxido de aluminio hidratado, $\text{Al}_2(\text{OH})_6$, capaz de neutralizar en una hora no menos de 12 veces su volumen de jugo gástrico conteniendo un 0.36% de ácido clorhídrico. Así es cómo 3.7 c.c. de Amphojel neutralizará más de 44 c.c. de este jugo, o la correspondiente menor cantidad de una secreción más concentrada. Está casi exenta de sales, es flúida y agradable al paladar y tiene un ligero sabor de menta.

IMPRESOS DESCRIPTIVOS A SOLICITUD.



**JOHN WYETH & BROTHER
INCORPORATED**

Philadelphia, Pa., E. U. A.

Distribuidores: CASTAGNET & CASTILLO CO. - P. O. Box 618, San Juan, P. R.

En Pediatría

La LECHE DE MAGNESIA DE PHILLIPS es prescrita con mucho éxito para bebés y niños, en afecciones complicadas con acidez e irritación de las superficies mucosas del canal alimenticio. En tales casos produce un efecto calmante y sedativo, que las personas que no han perseverado en su uso no pueden imaginarse. Cuando prevalece la acidez, actúa como un laxante suave, pero eficaz, y es preferible a carbonatos, ya que no dilata con flato los intestinos.

Acidez

Gases en el estómago

Eruetos agrios

Cólicos

Trastornos de verano

Estreñimiento

La LECHE DE MAGNESIA DE PHILLIPS se ha creado un lugar predominante en el campo de la alimentación artificial de los niños. Una cucharadita es todo lo que hay que agregar a medio litro de leche de vaca fresca o a un litro de la mezcla de leche preparada, para evitar la formación de grumos indigestos en el estómago y la tendencia al estreñimiento. No le imparte ni olor ni sabor raro a la leche.

En la alimentación de los bebés, para facilitar la digestión de la leche de vaca

La LECHE DE MAGNESIA DE PHILLIPS constituye una loción alcalina suavizadora y protectora para aliviar las irritaciones e inflamaciones de la piel causadas por evacuaciones ácidas.

Urticaria

Erupción

Irritación o excoriación causadas por evacuaciones ácidas

Estomatitis

Espruo

Dentición de los niños

Proporciona mucho alivio y bienestar como una aplicación tópica en estomatitis, espruo y similares afecciones aftosas de la boca, y también como masaje de las delicadas encías de los niños al inflamarse durante el proceso de la dentición.

Con mucho agrado pondremos a su disposición muestras gratis de este admirable remedio para los niños, si Ud. tiene a bien solicitarlas a: Sterling Products Export, Inc., 170 Varick Street, New York City, U.S.A.

Leche de Magnesia de
PHILLIPS
EL ANTIACIDO-LAXANTE IDEAL



BOLETIN DE LA ASOCIACION MEDICA

DE PUERTO RICO

PUBLICADO MENSUALMENTE BAJO LA DIRECCION DE LA JUNTA EDITORA.

Año XXX

MARZO, 1938.

Número 3

INTRODUCCION AL ESTUDIO DE LAS ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES EN PUERTO RICO

A. FERNOS ISERN, M. D.

Santurce, P. R.

Las enfermedades del corazón aparecen como la séptima causa de muerte, en orden de magnitud, en Puerto Rico, de acuerdo con la clasificación internacional de causas de muerte. Esta clasificación divide la diarrea y enteritis en dos renglones: uno para los menores de dos años y otro para los mayores de dos años. Uniendo ambos renglones en una sola denominación, las enfermedades del corazón ocuparían en realidad la sexta causa de muerte.

Por razones etiológicas y lógicas, entidades tan respetables como la Metropolitan Life Insurance Co., estudian las enfermedades del corazón y las enfermedades renales en un solo renglón, titulado, Enfermedades Cardio-vasculares y Renales, grupo que vendría a ser en Puerto Rico el 3o., entre las principales causas de muerte dejando atrás a la malaria y a la pulmonía. El orden entonces sería el siguiente: 1o. Diarrea y enteritis para todas las edades; 2o. Tuberculosis; 3o. Enfermedades cardio-vasculares y renales; 4o. Malaria y 5o. Pneumonía. Seguirían después enfermedades del puerperio, cáncer, uncinariasis, sífilis, accidentes, suicidios, influenza y bronquitis en proporción variable, pero en número proporcionalmen-

te bastante menor. De modo pues que aun agrupando las enfermedades renales con las cardio-vasculares, vendrían como hemos dicho a ocupar un tercer lugar en Puerto Rico; separándolas, las enfermedades del corazón ocupan solo un sexto o séptimo lugar; mientras que en Estados Unidos, las enfermedades del corazón por sí solas son la principal causa de muerte y con más razón si se les agregan las renales.

Para comprender mejor la situación será preciso recordar que la mortalidad general en EE. UU., es bastante menor que en Puerto Rico, que nuestra cifra de gastro-enteritis es muchísimo mayor que la de Estados Unidos y que nuestra mortalidad por tuberculosis es cuatro veces mayor que la de los Estados Unidos. Por lo tanto la primer razón a tener en cuenta en cuanto al lugar secundario de las enfermedades del corazón en Puerto Rico, es que en nuestro país hay dos entidades nosológicas tantísimo más frecuentes que en el Norte (gastro-enteritis y tuberculosis) que mantienen ellas solas un alto coeficiente de mortalidad y empujan a sitios relativamente secundarios las otras causas de muerte: mientras que en Estados Unidos, la disminución sos-

tenida de esas dos entidades, tuberculosis y gastro-enteritis, han hecho bajar considerablemente el coeficiente de mortalidad general y han dejado el primer lugar a las enfermedades del corazón.

Por otra parte nuestra mortalidad infantil es mucho más elevada y la tuberculosis causa su mayor número de muertes en personas menores de 40 años. El número de personas que entre nosotros remonta los 40 es proporcionalmente mucho menor al número de personas que en Estados Unidos pasa de los 40; entre nosotros quien atraviesa incólume el primer y segundo año de vida puede caer en sus 20 a 40 en la tuberculosis. Por eso es que nuestro grupo de personas de más de 40 años es mucho menor, proporcionalmente que en Estados Unidos.

Ahora bien, las enfermedades del corazón, tienen fundamentalmente dos causas etiológicas principales: una es, la de las condiciones infecciosas (incluyendo de modo general y principal entre ellas las afecciones reumáticas y las sífilíticas); otra las enfermedades degenerativas, que aparecen por lo general después de los 40 años.

Las afecciones infecciosas con repercusiones cardio-vasculares (condiciones reumáticas y sífilis) son propias o de la niñez (reumáticas) o de las edades jóvenes y medianas (reumáticas y sífilíticas). Las afecciones degenerativas son generalmente propias de edades mayores.

Una población más vieja como es la de Estados Unidos respecto de la de Puerto Rico tiene que ofrecer una incidencia mucho mayor de enfermeda-

des cardio-vasculares degenerativas que una población joven como la nuestra. Pero como además las afecciones reumáticas son mucho más frecuentes en Estados Unidos que en Puerto Rico es lógico que este factor también influya en una incidencia mucho más baja por enfermedades del corazón en Puerto Rico que en Estados Unidos; en otras palabras mientras en Estados Unidos la niñez está siendo atacada por las afecciones reumáticas, la juventud y la madurez por afecciones sífilíticas; la madurez y vejez (numerosas) por condiciones degenerativas, en Puerto Rico la niñez está siendo atacada mucho menos por el reuma, la juventud y la madurez al igual por la sífilis; la edad madura y la vejez, por ser menos numerosas, contribuyen con menor número de óbitos a la mortalidad por enfermedades degenerativas. Así se explica que en 1932, la mortalidad en Estados Unidos por enfermedades del corazón fuera de 184.3 por 100,000 mientras en Pto. Rico lo fuera solamente de 107.2 por 100.000. Paradójicamente, pudiera decirse que esta baja mortalidad por enfermedades del corazón en Puerto Rico no significa mayor salud en nuestra población, sino peor salud; significa en parte que no hay un suficiente número de personas que vivan lo bastante para llegar a la edad de las enfermedades degenerativas y que pudieran robustecer el coeficiente de mortalidad con dichas enfermedades, apesar de no estar acechadas en la niñez, por las afecciones reumáticas.

A este respecto las cifras del Dr. Koppisch, a base de autopsias realizadas en la Escuela de Medicina Tropical, son muy elocuentes. El Dr. Kop-

pisch nos informa que en 639 autopsias verificadas hasta 1933, 7 presentaban procesos reumáticos activos o sea 1.109%. Agregándole a esto 4 casos más que presentaban lesiones cicatrizadas, la cifra era 1.52%; análoga a la de Baltimore, según Longcope. Sabido es que Baltimore tiene una incidencia de mortalidad reumática bastante menor que la región norte de los Estados Unidos. Pero la impresión de Koppisch, desde un punto de vista patológico, y que coincide con la mía personal a base de observaciones clínicas, es que el proceso reumático en Puerto Rico es menos agudo, es menos activo, es en fin menos grave que en Estados Unidos. En otras palabras, se vive mejor en Puerto Rico apesar de la infección reumática que pueda padecerse, que lo que pueda vivirse en Estados Unidos.

Otra impresión personal de Koppisch, por cierto, muy interesante, es de que la arterioesclerosis entre nosotros aparece a edades más tardías o mejor dicho que espera a presentarse abundantemente aquí allá para los 58 y 60 años de edad, mientras que en Estados Unidos abunda desde los 40 años en adelante. Esto dejaría la sífilis en posición relativa de mayor importancia como causa de muerte en las edades entre 30 y 60 años entre nosotros y así se podría explicar que mientras en Puerto Rico la sífilis ha producido el 26% de muertes repentinas, a base de autopsias en la Escuela de Medicina Tropical, la arterioesclerosis produjo el 14.7%. (Koppisch) En el Norte, según las estadísticas a la disposición, la arterioesclerosis produce el 30% de muertes repentinas y la sífilis solo de 10% a 12%. Esto no quiere

decir que la sífilis sea más frecuente en Puerto Rico que en Estados Unidos, sino que se distingue más entre nosotros por la relativa infrecuencia de las otras causas.

En 900 autopsias, Koppisch, ha encontrado 76 casos con lesiones indubitables de sífilis a las que, agregando 27 sin lesiones, pero con historia serológica positiva, hacen un total de 103 sífilíticos o sea 11.4%, una incidencia análoga a la que se encuentra en Estados Unidos. Las lesiones halladas fueron 62 aortitis, 20 sin aneurisma, 42 con aneurisma, 10 con invasión de las válvulas aórticas y 7 con estenosis de las arterias coronarias. Sabido es que estas son las formas en que generalmente se presenta la sífilis cardiovascular, ya que el goma sífilítico del miocardio es lesión sumamente rara y que lo es más la miocarditis intersticial sífilítica, condición que por otra parte se duda exista en realidad.

La mortalidad por enfermedades del corazón en Puerto Rico para 1936 fué de 114 por 100,000. Durante este año el 47.7% de estas muertes ocurrieron en la zona urbana y el 52.3% en la zona rural. Puesto que nuestra población es eminentemente rural (en un por ciento no menor de 75) es evidente que la mortalidad por enfermedades del corazón es 3 veces mayor en la zona urbana que en la rural. También la sífilis entre nosotros, según los estudios de Costa, y como es lógico, es enfermedad eminentemente urbana.

Durante ese mismo año de 1936 solo 44 personas murieron por enfermedades del corazón con edad menor de 35 años, entre 35 y 65 ocurrieron 76

muertes; de más de 65 ocurrieron 85.

Dado nuestro promedio de vida, tienen evidentemente importancia entre nosotros, las enfermedades del corazón entre mayores de 35 y menores de 65; la edad de la sífilis cardio-vascular y de las enfermedades degenerativas. En la primer mitad de este período o sea de 35 a 50 años, la principal causa de muerte por enfermedades del corazón es la sífilis, después de los 50 y hasta los 65 la arterioesclerosis y otras formas degenerativas. (Datos de informes oficiales). Desde un punto de vista de salud pública pues, y desde un punto de vista social, la sífilis cardio-vascular sería el sector principal a atacar en un esfuerzo por disminuir la mortalidad por enfermedades del corazón en Puerto Rico. Desde un punto de vista social, porque de los 35 a los 50 es indudablemente la edad socialmente más importante del hombre. Desde un punto de vista de salud pública porque mientras, ante las demás causas estamos prácticamente desarmados, ante la sífilis disponemos de armas efectivas y de conocimientos suficientes para evitar y combatir la enfermedad. La sífilis cardio-vascular, como dijimos, se refiere principalmente a sífilis de la aorta y a las condiciones secundarias a esta. Como dice Fulton en "Modern Concepts of Cardiovascular Disease", (abril de 1932) la sífilis de la aorta es clínicamente, una manifestación tardía de la enfermedad. Se presenta promedialmente a los 15 o 20 años de la infección sifilítica primaria aunque haya casos de progreso más rápido. Ataca un promedio de un 20% de los enfermos de sífilis. En otras palabras, de cada 5 personas que adquieran la infección sifilítica, una está destinada a desa-

rollar 15 o 20 años después, afecciones cardio-vasculares sifilíticas.

La sífilis aórtica se presenta en tres formas: (a). Una aortitis simple, que produce pocos síntomas y apenas produce signos físicos; (b). En casos más avanzados, aortitis con extensión a las válvulas aórticas; con insuficiencia aórtica consiguiente, y (c). Con aneurisma, o ambas formas.

La insuficiencia del miocardio, el *Heart Failure*, sobreviene por uno de dos factores; o por insuficiencia de las válvulas aórticas, con hipertrofia del miocardio, o por injuria a las arterias coronarias en su arranque aórtico, resultando entonces insuficiente el riego sanguíneo del músculo cardíaco. Del tratamiento de las manifestaciones graves de la sífilis del sistema cardio-vascular dice Padge, de Baltimore, en "Modern Concepts of Cardiovascular Disease", (octubre de 1936) que no es tan fútil como se pensaba en el pasado y que el tratamiento en las formas menos graves (aortitis sifilíticas sin complicaciones) puede ser brillante, pero la enfermedad cardio-vascular sifilítica, es una enfermedad más bien a ser prevenida que a ser tratada. La erradicación de la sífilis cardio-vascular, sigue diciendo Padge, depende del tratamiento adecuado de todos los pacientes con sífilis reciente, tanto porque al quedar así tratada esa persona no disemina la enfermedad, como porque las posibilidades de que desarrolle más tarde las formas cardio-vasculares quedan reducidas prácticamente a cero.

Por tratamiento adecuado para sífilis temprana significa Padge no me-

nos de 20 inyecciones (una semanal) de una arsfenamina y de 20 inyecciones (una semanal) de un metal pesado durante un período de un año y dentro de los primeros dos años que siga a la infección; pero un buen tratamiento por lo general supera este minimum.

Ahora bien, como generalmente pasan de 5 a 15 años entre la infección primaria y la época en que las formas cardio-vasculares sifilíticas hagan su aparición, aunque es muy probable que silenciosamente se hayan depositado focos del treponema en la pared de la aorta durante ese período, durante su curso, hay todavía probabilidades tan buenas para el tratamiento que este está imperativamente indicado. En otras palabras, toda persona infectada con sífilis que todavía no haya desarrollado formas cardio-vasculares clínicas, puede intentar evitar su aparición y debe tratarse adecuadamente en un esfuerzo para protegerse de tan graves manifestaciones. Y, aún cuando la aortitis se haya presentado, el tratamiento debe establecerse diligentemente, pero ya condicionándolo, teniendo en cuenta cinco principios cardinales, a saber: 1º Para evitar la producción del choque terapéutico conocido por reacción de Herxheimer el tratamiento debe empezar por los metales pesados y los yoduros. 2º Para evitar la paradoja terapéutica o sea una cicatrización de lesiones muy rápidas con formación de cicatrices muy grandes, debe empezarse el tratamiento con los metales pesados y los yoduros. 3º Para evitar reacciones graves por el tratamiento, del tipo nitritoide, no debe usarse arsfenamina en pacientes aparentemente muy enfermos. 4º. Para evitar las reacciones de tratamiento de carácter menor

de tipo nitritoide, deben aplicarse los arsenicales en dosis pequeñas. 5º. Para conseguir los efectos máximos el tratamiento debe ser continuo y prolongarse hasta no menos de dos años, debiéndose alternar los cursos de Bismuto con los cursos de neoarsfenamina, ininterrumpidamente.

No debe perderse de vista que en los enfermos cardio-vasculares no se está tratando solamente la sífilis, ni la condición aórtica sifilítica; se está tratando muy especialmente un paciente con un corazón insuficiente o muy amenazado de insuficiencia para mantener una circulación adecuada. Esto quiere decir que el régimen y el tratamiento no han de circunscribirse a los métodos anti-sifilíticos sino que es preciso establecer un régimen y un tratamiento adecuados al estado funcional cardíaco y que la insuficiencia miocárdica (heart failure) ha de tratarse adecuadamente y aún primariamente a la condición sifilítica. A veces el avance del proceso patológico sifilítico es tal y las condiciones de insuficiencia circulatoria son tales, que es a esto último a lo que hay que dar atención casi exclusiva; el tratamiento anti-sifilítico ha de ocupar pues un puesto secundario. Dicho esto así, nos parece nuestro deber llamar la atención hacia la necesidad imperativa de conocer con toda la exactitud posible la condición cardio-vascular de los candidatos al tratamiento anti-sifilítico sobre todo si la infección primaria data de 5 años o más, anteriores al comienzo del tratamiento. El tratamiento de la sífilis meramente a base de las reacciones serológicas positivas en estos casos, en igual forma que en pacientes de reciente infección, puede traer consecuen-

cias desastrosas; se habría conseguido en tales casos al tratar la sífilis, acelerar el quebranto de la salud o aún provocar la muerte del paciente, por la reacción desfavorable en el aparato cardio-vascular.

Los progresos sanitarios de nuestro país, el mayor conocimiento de las reglas de higiene, el desenvolvimiento natural demográfico de nuestro pueblo, lentamente van alterando nuestra composición poblacional. De un pueblo predominantemente joven, vamos convirtiéndonos en un pueblo de gente más vieja. El número de personas que han de presentar afecciones cardio-vasculares degenerativas ha de ir necesariamente en progreso como ha ocurrido en EE. UU. Al mismo tiempo que pueda ir reduciéndose las cifras de mortalidad por gastro-enteritis, por tuberculosis, por malaria, por difteria, por tifoidea, por pulmonía, irán aumentando las muertes por diabetes, por cáncer, por nefritis, por arterioesclerosis, por enfermedades del corazón. Esto en cierto modo indicará un progreso sanitario en el país, pero demandará además una atención mayor a las enfermedades degenerativas y por ende a las enfermedades cardio-vasculares. En estas la labor no es tanto de prevención (excepto en lo que a sífilis se refiere) como lo es de tratamiento, de alivio y de prolongación de la vida.

Los últimos 20 años han presenciado un desarrollo extraordinario en el estudio y mejor comprensión de las enfermedades cardio-vasculares. Los conceptos cuasi dogmáticos que privaban acerca de las mismas, han sido prácticamente abandonadas. Mientras hace 20 años la mayor preocupación parecía

consistir en conocer el estado de las válvulas del corazón, su funcionamiento y su suficiencia, hoy el acento se pone en conocer el estado de salud del músculo cardíaco, su capacidad para mantener una circulación adecuada y su reserva de energías para afrontar las necesidades de la economía humana, adaptándose a las distintas actividades del individuo y a las condiciones valvulares que puedan existir. A los métodos de exploración clásica, de inspección, palpación, percusión y auscultación, se han agregado las investigaciones fluoroscópicas, radiológicas, y electrocardiográficas. Medidas tales como la de la capacidad vital, del tiempo de circulación, etc., son muy importantes. Un mejor conocimiento de las enfermedades del sistema hematopoyético, de los sistemas endocrinos, de las condiciones fisicoquímicas del organismo, del equilibrio de las sales del cuerpo, del efecto de la dieta, con especial relación a la influencia vitamínica, han aumentado ampliamente el radio de actividad del cardiólogo, porque al cabo no es el corazón un órgano aislado sino que es una de tantas ruedas cogidas dentro del engranaje fisiológico del cuerpo humano. Estos métodos nuevos de investigación más precisos han arrancado conocimientos a los secretos de las alteraciones del ritmo cardíaco, han permitido valorar mejor la significación de estas alteraciones, a veces sin importancia, otras de gran significación, y han permitido reconocer condiciones hasta hace poco más de 20 años prácticamente desconocidas, tales como los accidentes consecutivos a la estrechez o a la oclusión de las arterias coronarias, muchas veces causa terminal de muerte en los enfermos del corazón.

La clasificación de los pacientes de enfermedades del corazón establecida por la Asociación de Enfermedades del Corazón de Nueva York está fundamentada en un criterio fisiológico. Véase sino cuál es dicha clasificación.

1—Pacientes que tienen una enfermedad orgánica del corazón, pero que pueden llevar a cabo sus actividades físicas habituales. (Con un músculo de corazón bastante saludable es fácil vencer los obstáculos para las actividades corrientes).

2—Pacientes con enfermedades orgánicas del corazón que pueden llevar a cabo una actividad física disminuída. (Este sería el caso de un corazón en que ya el músculo cardíaco ha empezado a degenerar, en que su nutrición es defectuosa o en que se hayan agotado las reservas de energía porque las demandas hayan sido excesivas; este estado puede ser transitorio o permanente).

3—Pacientes con enfermedades orgánicas del corazón que no pueden llevar a cabo ninguna actividad física. (Estos son aquellos casos en que la reserva de energías se agotó por trabajo excesivo o por nutrición demasiado deficiente o por degeneración extrema del músculo cardíaco. Este estado puede ser transitorio o permanente.)

4—Pacientes que posiblemente estén enfermos del corazón. (Estos son aquellos pacientes que presentan ciertos signos físicos anormales en el corazón, pero en los cuales el aspecto general o el carácter de los signos nos pueden hacer pensar que el origen no es probablemente cardíaco.)

5—Pacientes que potencialmente deben considerarse como posibles enfermos. (Estos son aquellos que padecen alguna condición que generalmente tiene por secuela un trastorno cardíaco, por ejemplo, fiebre reumática, tonsilitis, baile de San Vito, sífilis, etc. Esta última condición es la de mayor consideración en tal caso, en Puerto Rico, sobre todo después de los 30 años.)

Como se ve, esta clasificación está fundamentada más que nada en la capacidad del trabajo, sobre todo en las tres primeras clases. En cuanto a los criterios diagnósticos diremos, ampliando lo anteriormente dicho, que un examen cardiológico completo debe constar de los siguientes elementos:

1—Historial. Nada más importante para juzgar la condición cardíaca de una persona que la apreciación inteligente de la historia de su padecimiento que el propio paciente pueda ofrecer. Si ha tenido dolor en la región cardíaca o brazo izquierdo; si ha experimentado falta de aire, fatiga, cansancio y en que circunstancias; si tiene embarazo gástrico o dificultad respiratoria inmediatamente después de comer o después de un ejercicio que antes se efectuaba sin inconvenientes; si puede dormir descansadamente en posición horizontal o debe levantar la cabeza o el torso para respirar con mayor facilidad; si hay tendencia a hinchazón de los tobillos; si hay disminución de la orina; si la cantidad de orina es mayor por la noche que por el día y otro número de síntomas cuya duración, oportunidad y carácter, etc., iluminan grandemente la mente del médico para apreciar el desenvolvimiento del caso.

2—Examen físico. Es de suma importancia el examen físico, pero éste no puede concretarse exclusivamente al órgano cardíaco, ni siquiera al pecho. El examen del paciente tiene que hacerse necesariamente de cabeza a pies. El examen del fondo de los ojos puede revelarnos unas arterias tortuosas arterioescleróticas, la cual puede existir igualmente en el corazón, o puede revelarnos una degeneración luética de la retina que nos aclare la causa de otros fenómenos del corazón. Todo ello puede ser clave a la interpretación de los síntomas cardíacos. El examen de la garganta puede demostrarnos la presencia de infecciones focales, relacionadas con síntomas reumáticos. El examen abdominal nos hablará de las condiciones de los intestinos, hígado o estómago, que pueden hallarse en congestión pasiva por deficiencia de la circulación. El examen de las extremidades nos dirá de la presión venosa normal ó alta, de los posibles edemas, de las deformidades de los dedos o de las uñas, etc., todos relacionados con males del corazón.

3—En tercer término ha de considerarse la exploración con los Rayos X. La imagen fluoroscópica del corazón nos dirá cual es su tamaño, cual es su contorno, cuales son las dimensiones de la aorta, cual es la relación de la víscera cardíaca respecto de los otros órganos que la rodean y si todo ello ha sufrido alteración. La radiografía permite las medidas exactas de los diámetros del corazón.

4—Luego los exámenes especiales: Los de laboratorio en general nos ayudan a determinar si nos estamos dando con un sifilítico, con un tuberculoso, o

con un anémico. La metabolimetría nos dirá si nos damos con un hipertiroideo o por lo contrario acaso con un mixematoso incipiente. No hay que olvidar los aparatos para medir la presión venosa; los de medir la presión arterial, los de medir la capacidad vital; las pruebas de ejercicio que puedan llevarse a cabo en distintas formas; el análisis químico de la sangre; el conteo de glóbulos y otros procedimientos de laboratorio y de clínica, tales como la medida del tiempo de circulación ya mencionado, la sedimentación de eritrocitos, etc., etc., que no son del caso explicar ahora.

5—Por último llegamos al electrocardiógrafo, una de las adquisiciones más valiosas que ha hecho la cardiología en los últimos veinte años. Consta de un aparato que registra las variaciones eléctricas del corazón y a cuyo funcionamiento aludiremos brevemente.

Todo músculo al contraerse genera una corriente eléctrica. El corazón es un manojo de músculos; cada contracción suya es origen de una corriente eléctrica que se difunde por el cuerpo humano. Comunicado el cuerpo con el aparato registrador, si todos los demás músculos permanecen en reposo, la única corriente que puede registrarse es la generada por el corazón. En algunos casos es una prueba de corroboración, en otros prácticamente la única manera que tenemos de determinar si el corazón está indemne o ha podido padecer alguna injuria.

El trazado electrocardiográfico es sumamente interesante. Cada corazón tiene su trazado personal como cada persona tiene un carácter de letra. Se

puede identificar una persona por su trazado cardíaco como se puede con su impresión digital. Pero los trazados en las personas sanas siguen, apesar de las variantes individuales, una norma común. Las alteraciones que rebasan estas normas, responden a alteraciones patológicas del corazón.

En esta introducción al estudio de las enfermedades cardio-vasculares en Puerto Rico, me voy a permitir señalar lo que yo creo pudiera ser punto de arranque para interesantes estudios cardiológicos en esta isla. 1º.—la investigación de la incidencia y de la virulencia de las afecciones reumáticas incluyendo su distribución geográfica teniendo en cuenta la variedad climato-lógica que existe entre nuestra zona costera y nuestro interior montañoso.

2º—Incidencia de la sífilis cardio-vascular en nuestro país y la eficacia de los métodos de tratamiento anti-sifilíticos para evitar las formas de sífilis cardio-vascular. 3º—Investigación de la incidencia de la arterioesclerosis entre nosotros y de la enfermedad hipertensiva esencial o arteriolar. 4º—Influencia de los factores vitamínicos en relación con nuestras costumbres dietéticas en las afecciones del corazón. 5º—Incidencia y pronóstico de las formas degenerativas del corazón propiamente dichas (esclerosis y oclusiones coronarias principalmente). 6º—Influencia general del clima, dados nuestras costumbres, y nuestra organización social. 7º—Facilidades de tratamiento de las enfermedades cardio-vasculares en Puerto Rico.

THE TREATMENT OF ACTIVE, CHRONIC, PULMONARY TUBERCULOSIS IN THE ADULT *

COL. A. T. COOPER, M. D.

Medical Corps, U. S. Army

San Juan, P. R.

The remarks in this talk in reference to the treatment of pulmonary tuberculosis will be devoted entirely to the treatment of chronic, active, adult, pulmonary tuberculosis in the individual case, with no remarks concerning the prophylaxis. Your speaker has been educated and trained in the Army school of tuberculosis which is pregnant with the teachings of Bushnell and Bruns, and whose disciple he is, and many of the sayings and statements in this dissertation are those of these teachers.

What we attempt to accomplish by means of treatment is to build up the patient's resistance and immunity. We have no drugs for destroying tubercle bacilli within the body, and must depend upon improving the natural defenses of immunity. A tuberculous patient has a difficult and tedious task before him and one which requires perseverance, fortitude and character.

There are two all important things upon which the treatment of pulmonary tuberculosis depends. They are rest and collapse therapy. The important recent addition to the treatment of pulmonary tuberculosis has been collapse the-

rapy, such as pneumothorax, phrenicectomy, thoracoplasty, etc.

The modern management of pulmonary tuberculosis can best be properly carried out, at the beginning, in a sanatorium. It is considered extremely necessary that all patients with pulmonary tuberculosis undergo at least a short regime in a tuberculosis sanatorium, where they may learn what they should do and how to do it. It is easier to take treatment in a sanatorium and to learn the proper procedure because everybody is doing the same thing. The sanatorium is a school for the tuberculous. They enter such an institution, not only to get well, but to learn how to live that they may stay well after they recover.

On admission, the nature of the disease should be carefully explained to the patient; and, unless he is an absolutely hopeless case, he should be told frankly how long he must be a bed patient and how he will be guided through graduated exercises back to health and strength. He will need encouragement during periods when his spirits are low and when relapses occur. He should be praised for faithful co-operation, but a certain amount of discipline is necessary, if indicated.

Home welfare work is essential, as it is impossible for a patient to take

* Read at the annual meeting of the P. R. Medical Association, December 18, 1937.

the cure if worried about domestic conditions, family troubles and starving children. The doctor should bear in mind that the patient's mind needs treatment as well as his body. When recovery from tuberculosis is slow, the patient must be detached from the belief that his days of usefulness are over. He has to be piloted back to a normal life, his handicap overcome, and his ability to earn a living restored. From the beginning, the effort should be to prevent pauperism and chronic invalidism.

The life of a tuberculous patient has to be carefully regulated and each day planned so that the amount of rest, reading and exercise is prescribed and under the control of a doctor.

X-rays are an absolute essential, as by studying the X-rays of our patients we obtain valuable clues regarding the form of treatment to be followed.

At the beginning, the patient is kept at complete rest. As he improves, he is first permitted to sit up and gradually allowed to get about, first going to the toilet and then to his meals, and finally he is placed on graduated exercises. In this respect, the patient cannot follow the dictates of his own inclination and judgement. He must have the advice of a trained physician, because the detailed management of a case of tuberculosis, in keeping with the changes in the tuberculous lesions, is a task which requires diagnostic skill, and the confidence and co-operation of the patient; also self control and many sacrifices on his part.

Home treatment is seldom satisfactory, at the start, in the care of the

tuberculous — at least, not until the patient has had a thorough schooling in some sanatorium. At home, he must lead a different life from those about him. Medical supervision becomes irregular or may be entirely discontinued.

It is true that patients are often better contented at home; and, after leaving a sanatorium and beginning home treatment, they may think they improve at first. Then they take chances and overstep their endurance and retrogress. Intelligent patients are often more cautious and do carry out home treatment successfully, particularly when they may have a sleeping porch and where they can follow rest in the open air. They usually follow a prescribed regime; and, with rest and proper care, they are able to get along.

The treatment of active tuberculosis is started with rest and is largely the proper application of rest, fresh air and nutrition, supplemented by collapse therapy as indicated in the judgement of one who has had experience in these procedures. Rest should continue until all evidence of activity has disappeared. This treatment may require months to several years, and the progress must be closely followed and at least monthly complete physical examinations made, supplemented by X-rays films, so that the attending physician is at all times cognizant of the exact condition of the patient's lungs.

Rest properly applied must be a recumbent position in bed and should be as absolute as possible. A tuberculous patient with constitutional symptoms should be treated very much like a typhoid case as far as rest is concerned.

He should not be permitted to leave the bed, should not be allowed to sit up, should receive baths in bed and use a bed pan. The patient should be taught to relax in bed and "vegetate" as far as it is possible for him to do so. It often takes months to teach patients how to rest and how to believe in it. The reason for rest should be carefully explained. Physical and mental effort expend energy. The tuberculous patient is fatigued and losing weight. He is expending more energy than his diseased body can develop. His resistance is below par. Rest conserves energy and, therefore, helps to restore resistance and immunity.

Rest in bed also acts in another way. Respirations become more shallow and fewer, and the patient may scarcely breathe with the affected parts of his lungs, especially with the upper part of the lungs; and thus quiescent, the activity of the lesions subsides and fibrosis and healing begin. Rest should be in the open air or in well ventilated wards. A tuberculous lung, if placed at rest, usually heals. Coughing exercises the lungs and should be controlled. Various methods have been devised for keeping the lungs quiet, such as postural or lying on the involved side, strapping the chest, sand or shot bags on the affected side, and of course the operative procedures which have been developed during the past 25 years.

As long as a patient is toxic, the reason for the bed rest 24 hours a day is apparent; but, even after the toxæmia disappears, it is always wise to restrain the patients as long as possible, impressing upon them, even though

they are atoxic, the seriousness of their disease and the necessity for careful treatment.

Apical lesions as a rule tend to be more benign than those in others parts of the lungs. Many of these cases require no strict rest treatment, only being required to take rest hours and observe the usual rules of a simple life in the open air.

Such, however, is not the case if the lesion is infraclavicular or non-apical. Here rest must be absolute and all rules of the hygienic regime adhered to just as if the patient were acutely ill with typhoid fever or pneumonia. The course of the disease should be checked most carefully each month by the physician. It is to be remembered that many of the infra-clavicular lesions are predominately exudative or broncho-pneumonic in character and that they may retrogress or heal very rapidly. If, at the end of a month, the pneumonia is not resolved, and signs of fibrosis are not evident, some form of collapse therapy should be considered without delay, beginning with the simpler and less dangerous procedures, such as artificial pneumothorax and phrenicectomy. Fibrous cases do better if permitted to be up and around in the ward and occupied with some form of therapeutic work.

Recovery depends upon how complete fibrosis is and how rapidly it forms. As soon as the fibrosis has reached its maximum and improvement seems to be at a standstill, then it is time to get the patient up and try graduated exercises.

OPEN AIR LIFE

Open air life is often remarkable in its effect on the toxic symptoms of tuberculosis, such as fever, night sweats, poor appetite and impaired digestion. The beneficial influence of fresh air is due more to the general physical effects upon the surface of the body than to its respiratory effect through the lungs. For this reason, the air should be circulating. A patient will receive less benefits from stagnant air in the corner of a porch, surrounded by screens, than in a well ventilated room with windows on two sides. If possible, the patient should be out of doors day and night, except of course in inclement or sub-zero weather. In this climate, outdoor treatment should not present any great difficulties. In the Temperate Zone, some patients who are emaciated or not accustomed to cold weather suffer greatly from cold and are so uncomfortable out of doors that they do better within. A patient should never be kept out of doors if he is uncomfortable or suffers in any way from the cold. Such patients should be treated in well ventilated rooms where the air is warmed to a reasonable temperature. It does not appear reasonable that any benefit can accrue to a patient who may be kept out of doors in a snow storm or blizzard or in exceedingly cold weather. Cold air is an irritant to the bronchial tree, tends to excite coughing, and the patient must be laden down to the point of fatigue with quilts and blankets for protection. Fresh air in abundance is desirable, but in pulmonary conditions, if cold, it should be warmed. Fortunately, in Puerto Rico the problem of warming below zero air is not present.

Where privacy can be made possible, air baths are a great aid in adding to the wellbeing of patients. Even an emaciated individual, if the weather or room is warm and comfortable, finds a great deal of relief and rest in an air bath.

NUTRITION

Nutrition in the treatment of tuberculosis does not mean stuffing and over-nourishment. It simply means three meals a day, moderate in quantity and nutritious in quality. Swallowing raw eggs and drinking large quantities of milk are not necessary, although if the patient's stomach can tolerate it, small quantities of cream and such butter as he can take without a gastric upset are usually of benefit. It seems to be the experience of many physicians that if a patient can tolerate fats to a moderate degree in his diet, that these patients tend to improve faster than those who are unable to do so. Such fats as butter, fats of steak, bacon, mutton and chicken seem to be best tolerated. However, nothing must be combatted more energetically than the tendency to force a tuberculous patient to overeat, particularly because we picture the advanced case as emaciated, and we know that as a rule improvement usually goes hand in hand with a gain in weight. However, gain in weight can be accomplished quite as much by rest as by overeating. Coming under treatment, a patient quite frequently is found to have been working beyond his strength. He may have been too tired to eat at meal times, toxemia has blunted his appetite, and as a rule he

has lost weight. If put to bed and at rest, it is surprising how a patient's appetite will return and what enjoyment he will get out of his food.

As a patient tends to improve, he should not eat from a sense of duty. If he does, sooner or later, digestive disturbances occur, and another complication is added to handicap his progress. The treatment of tuberculosis often extends over years, during which time the patient leads a sedentary life and will tend to overeat. Consequently, while still young, he develops the digestive, cardiorenal and vascular troubles of a man of late years. In a word, patients should be encouraged to eat by every means if they are under nourished and have poor appetities, but not to stuff. Nourishment between meals sometimes is an excellent adjunct, if it does not blunt the appetite at regular meals.

CLIMATE

Other things being equal, it is considered that a high, dry climate, free from mists and fogs, with only a slight rainfall, cool sunshiny days, with rather chilly nights in season tending to be frosty, is a favorable climate for the treatment of tuberculosis. There should be in the climate a slight change of season, a dry climate so that the heat of summer is not oppressive and a cooler season which should be slightly stimulating, a climate with a maximum amount of sunshine, because heliotherapy is of importance in the treatment of tuberculosis. Fine weather and bright sunny days have a good physical effect on tuberculous patients. Such climates are sought in high altitudes.

The therapeutic effect of high altitudes may be attributed to dryer heat, dryer cold and increased sunshine. High altitude is said to be a specific aid in the treatment of tuberculosis on account of the increase of red cells and lymphocytes in the blood. Dryness and freedom from winds and dust, are also advantages.

However, climate should not be lauded as a specific, and it must be admitted that it is very difficult to prove, in a scientific way, the value of climatotherapy, and we must rely upon the process of reasoning, the testimony of patients, and the experience and conviction of those tuberculosis specialists practicing in health resorts, and the fact that it is a form of treatment which has been transmitted from generation to generation of physicians and has stood the test of time. There must be in the Island of Puerto Rico numerous sites in its mountains where the rainfall is slight, the climate is dry and the sunshine exhilarating, the nights cool and stimulating, which should provide a suitable place for the establishment of a tuberculosis hospital, having in view the deriving of climatic benefits.

Seashore climate has not in the Army, as a rule, been considered of a favorable type for the establishment of a sanatorium for tuberculosis. On the other hand, some patients unquestionably do better at sea level or at lower altitudes, and no one climate appears to be entirely suitable for all types of cases. Patients recover in all climates. Too much faith should not be placed in climate, as it tends to make patients neglect the more essential things in

treatment. Neither should a patient be sent on a long, fatiguing journey in quest of a climatic cure.

The Army, in choosing a site for their tuberculosis hospitals, have always selected a location in a high altitude. For years the Army hospital at Fort Bayard, New Mexico, was a place where all tuberculosis patients were sent. After the war, this was changed to Denver, Colorado, which, with El Paso, Texas, is still used for the treatment of tuberculosis patients, and as a general hospital.

The Navy at one time had a separate institution at Fort Lyons, Colorado, but this was discontinued as a Navy institution and the Navy joined the Army at Denver, Colorado. The Public Health Service has a tuberculosis hospital at Fort Stanton, New Mexico. The Army feels justified in considering that the climate plays a role in the treatment of the tuberculosis. It may be small and one of the imponderable things, with a very small percentage of helpfulness, but this small percentage may be the deciding factor in the cure of some patients.

SPECIFIC TREATMENT

There is no specific cure, as far as drugs are concerned, for the cure of tuberculosis. Creosote, arsenic, iodine, mercury, and calcium are no longer used to any great extent, but were at one time considered of value. Cod liver oil, if the stomach can tolerate it, seems to be helpful in some early cases.

Tuberculin is of benefit in certain selected fibrous cases and can at times

be used cautiously during convalescence by one who is familiar with its dangers and knows its limitations; but it must be borne in mind that in using tuberculin in the treatment of pulmonary tuberculosis, you are handling a two-edged sword and may do the patient irreparable harm.

So-called "cures" for tuberculosis are being constantly advocated and exploited. In our care of patients, we must be dissuaded from accepting any new treatment unless backed by sound scientific principles and proven by animal experimentations and clinical experience. The best sanatorium is one with traditions of conservatism, and our institutions should be carefully protected against the many fads and fancies coming and going in the treatment of tuberculosis.

COLLAPSE THERAPY

Collapse therapy has come to play a very important role in the treatment of pulmonary tuberculosis and is accepted universally by phthisiologists as a necessary adjunct to the proper treatment of pulmonary tuberculosis in selected patients. Those opposed to its principles and application are rapidly going the way of the antivaccinationists. Many tuberculous patients are saved by this means after other measures fail to start fibrosis. Experience has taught us, however, to depend upon rest, fresh air and nutrition to assist collapse therapy and keep our patients well after their disease has been arrested, no matter how this is accomplished. Frequently, the employment of compression of the lung would be impossible without the preliminary and con-

tinued use of hygienic treatment, which improves the patient's resistance and prepares the contralateral lung for doing additional work, while the badly diseased parts are resting and healing.

ARTIFICIAL PNEUMOTHORAX

Artificial pneumothorax is the most generally used, and taking everything into consideration, is probably the most dependable means we have for collapse therapy. Collapse of the diseased portions by pneumothorax, if undertaken in time, usually hastens recovery. Occupation can often be resumed before the completion of pneumothorax treatment.

In the treatment of pulmonary tuberculosis, our primary aim is to keep the disease localized and at rest. A successful pneumothorax places the diseased part of the lung at rest, for it is a well known clinical observation that in an induced pneumothorax over a tuberculous lung, the diseased portion will usually show a primary collapse before the healthy portion of the lungs. Pneumothorax therapy if successful, therefore, will place the diseased portion of the lung at rest, closing some of the air passages and preventing its expansion and contraction during respiration, which probably explains the favorable therapeutic action of artificial pneumothorax. If not prevented by plural adhesions, pulmonary cavities can be completely obliterated as the lung is compressed. The walls of the cavitation are approximated and the cavitation heals. However, pleural adhesions over the cavity, which cannot be separated, may prevent complete obliteration and healing of the cavity. Also, cavities with thick fibrous walls or cavities within

lung tissue, that have become consolidated and inelastic with fibrosis, cannot be completely obliterated in this way.

Artificial pneumothorax should only be induced to its full extent gradually over a period of weeks so that the mediastinum will have time to make a partial adjustment and will not be massively displaced to any marked degree at one sitting. A movable mediastinum is a disadvantage in pneumothorax therapy because it interferes with the employment of positive pressure for the purpose of stretching adhesions, closing cavities or arresting haemorrhages. After pneumothorax is discontinued, the mediastinum gradually returns to its normal position.

Artificial pneumothorax is particularly indicated in younger individuals. Infra-clavicular, non-apical or a broncho-pneumonic type call for collapse therapy at once if met with in young individuals; but if found in older patients, it is safe to wait and observe the effects of rest and hygienic treatment. It is indicated in chronic cases of large involvement with cavitation, or in cases of only moderate involvement which show no tendency to heal. Cases with basal involvement, particularly those with cavitation, or cases of fibrosis in the upper lobe and a recent extension in the lower part of the lung, should be advised to submit to collapse therapy without further delay. The existence of a tuberculous process in the contralateral lobe is not a contraindication. Bilateral pneumothorax may be indicated, especially if the disease is limited to the upper part of

the lungs. One lung can be partially collapsed until fibrosis has begun and then allowed to gradually expand a little, and a contralateral diseased lung undergo a pneumothorax.

Artificial pneumothorax is specifically indicated as an emergency treatment in severe and uncontrollable haemorrhage, but this method of controlling hemoptysis is not without its dangers. Sometimes a sudden and complete collapse of one lung increases the circulatory disturbance enough so that cardiac failure may occur, or the opposite lung, full of aspirated blood, may not be able to carry on alone. It is not always easy to determine definitely the lung which is bleeding; but if cavitation is limited to one lung, we are fairly safe in assuming that severe haemorrhage comes from the cavitation.

Needless to say, immediately before and after pneumothorax treatment is given in any case, an X-ray plate should always be taken or a flourescopic examination made.

At times pneumothorax therapy is to be recommended as a preliminary step towards thoracoplasty or pneumolysis to gradually adjust the intra-thoracic viscera or to splint the lower part of the lung to prevent aspiration pneumonia during an upper stage operation.

The greatest single obstacle to the successful employment of artificial pneumothorax is the existence of pleural adhesions. The extent and character and tensile strength of adhesions cannot be determined beforehand, ei-

ther by physical signs or X-ray. If adhesions prevent the satisfactory collapse of the lung and collapse therapy is indicated, other collapse measures should be considered.

The contraindications for pneumothorax therapy are becoming less and less absolute as the principle of collapse therapy has been developed. Severe decompensating heart disease is a contraindication. In fibroid phthisis with pulmonary emphysema or asthma, it should not be attempted, or very cautiously so. Cyanosis and dyspnoea are contraindications. It is inadvisable and hazardous to attempt pneumothorax more than 3 or 4 times, due to the danger of air embolism in difficult cases.

In negroes and other races of low resistance to tuberculosis, the results from pneumothorax or any collapse therapy have not, in the Army, been very encouraging, although quite successful in some selected colored patients.

Just a word as to the complications of pneumothorax. The most common complication encountered is the presence of *pleural adhesions*. If these are present and interfering with the collapse of the lung and the closing of the cavities, a Jacobeus operation or severing of the adhesions by a thoracoscope should be considered, and if considered practical, attempted.

Hydrothorax is a frequent complication. It may occur in as high as 60% of all cases treated, and in those receiving pneumothorax treatment for a year or so, it is almost certain to develop to some extent. Many of these cases show no ill effects, while others

become acutely ill, simulating a sero-fibrinous pleuresy. Large exudates should be aspirated from time to time and replaced with air. If this is not done, the lung beneath the effusion will become adherent to the chest wall and become reexpanded, the pneumothorax space decreases and is finally lost.

Spontaneous pneumothorax is a dangerous complication at any time. A patient with this complication presents a characteristic picture. Severe chest pain, dyspnoea and cyanosis appear and the patient usually goes into extreme shock. A large percentage of these cases remain with a permanent bronchial fistula and may later require open drainage.

Air embolism occurs rarely during the administration of artificial pneumothorax. This is due to the injection of air into the blood stream leading from the lungs to the heart, a laceration of a vein that is connected with one of the pulmonary veins. Air is carried to the left heart and is promptly scattered through the circulatory system. If the coronary vessels become involved, death occurs immediately. If the cerebral vessels, the patient immediately becomes unconscious, convulsions develop, and the patient may die within a few minutes or hours. Treatment is symptomatic, lowering of the head and thorax. Air embolism usually can be prevented by using a blunt needle.

Emphysema of the tissues of the chest, neck and face may occur, due to the leaking of air from the pleural space through the puncture. This is a

disagreeable complication but is of no serious consequence.

Phrenic Nerve Operations

Operation on the phrenic nerve can be employed with considerable benefit in selected cases of pulmonary tuberculosis. When employed in cases of unilateral tuberculosis, it is not only of benefit in cases of central lung and basal tuberculosis, but some apical lesions are benefitted. There are really three types of phrenic nerve operation:

1. *Phrenicotomy* — simple division of the nerve,
2. *Phrenicectomy* — resection of a piece of the phrenic nerve,
3. *Phrenico-exeresis* — extraction or avulsion of the phrenic nerve.

The clinician must decide what type of operation is indicated in a particular case. A simple severing of the nerve will paralyze the corresponding diaphragmatic leaflet for a few weeks or months; a resection of the nerve for several months to a year; while a complete avulsion results in permanent paralysis of the diaphragmatic leaflet.

The immediate result of an operation is, as a rule, a definite lessening of pleuritic pains and discomfort on the affected side, the sputum seems to be raised with less distress and effort, and there is a lessening of the aeration of the lung on the side operated upon. In a few days, there is a noticeable rise apparent by X-ray in the diaphragmatic leaflet. This may increase up to a distance of six to seven centimeters in two or three weeks, or several months may elapse before the ultimate ascent has been reached. This ascent partially

compresses the lungs. Therefore, phrenic nerve operation is one of the procedures to be used in collapse therapy. We have found that even where there are extensive adhesions between the lung and the diaphragm, or between the visceral and parietal pleura in the lower part of the lung, an extensive rise of the diaphragm may result and assist in collapsing cavities in the central or lower portion of the lung. It is also noted that the operation is of benefit in closing cavities and healing lesions occasionally, in the upper portion of the lung, as well. Even where there is a considerable amount of uninvolved lung tissue between the diaphragm and a cavity in the upper part of the lung, following a phrenicectomy, the lower healthy lung seems not to be compressed so much as to rise with the diaphragm and to compress the more diseased upper portion of the lung. Rarely the adhesions in the lower part of the pleura are so extensive, thick and strong that little or no rise in the diaphragmatic leaflet results.

Frequently following phrenic nerve operation, there is a gastro-intestinal disturbance. Symptoms of nausea and vomiting vary from slight to rather marked, and usually persist for two or three days or a week and then subside.

The indications are unilateral lesions showing definite retrogression, either with or without cavitation, pneumothorax being impracticable or having been tried unsuccessfully. It is particularly indicated in recent unilateral cavitation involving the lower or central part of one lung.

Phrenic nerve operation is particularly useful as a preliminary step where complete thoracoplasty is contemplated, as sufficient collapse may be obtained with resection of fewer ribs and less deformity. It is also useful as a preliminary procedure in many cases to test out the contralateral lung. It is useful in small, persistent pulmonary haemorrhages which can be definitely located on the side to be operated upon.

Contraindications are the same as those for pneumothorax.

Thoracoplasty

The main purpose of collapse therapy is usually the obliteration of cavities which will not heal spontaneously, and any tuberculous patient who has a pulmonary cavity which persists and will not heal, has the Sword of Damocles hanging over his head. Pulmonary cavities showing no tendency to heal and tuberculosis showing a tendency to fibrose are indications for thoracoplasty or pneumolysis.

In discussing the indication for thoracoplasty, the proper selection of cases is of greatest importance, and in no other operation is close co-operation between the internist and the surgeon so necessary. Furthermore, the surgeon must have experience in chest surgery, as this type of surgery is as exacting and demanding as any branch of surgery. An ideal case for thoracoplasty is one in which the X-ray film shows a shrunken lung containing caseo-fibrous lesions and cavitation, and one in which the opposite lung is hypertrophied and in a patient whose gene-

ral course shows little or no improvement.

From a clinical point of view, the patient should be in fairly good general condition with the maximum benefit having been reached from rest, fresh air, diet and minor surgical procedures, from collapse therapy such as pneumothorax and phrenic nerve operation, these having been unsuccessfully attempted or only partially successful in obliterating cavities. Sauerbruch gave as the strictest indications, (1) Unilateral disease; (2) fibrous type of tuberculosis; (3) rigid mediastinum; (4) capable heart; (5) youth; (6) general good resistance. However, since these strict indications were outlined, chest surgeons have been able to widen the scope of surgery in this field, particularly in conjunction with pneumolysis, so that apparently doomed patients are given a chance not infrequently, with favorable or startling results.

Neuropsychiatric individuals do not do well; and, in the Army, the negro patient has not reacted as favorably to thoracoplastic operations as the white race.

The consideration of thoracoplasty or pneumolysis should not be procrastinated or postponed until the patient is no longer a good operative risk.

Thoracoplasty has become well established in the treatment of advanced, pulmonary tuberculosis. It should be advised when adhesions prevent a successful pneumothorax, unless a Jacobus operation is feasible. It is particularly applicable in advanced unilateral cases with cavitation which show evidence of fibrosis. It can be used when

one lung is practically destroyed and the other hypertrophied. And, while it seems to be a paradox, small cavities in a contralateral lung are frequently healed after thoracoplasty. In the Army, chest surgeons have recommended phrenic nerve operation as a preliminary step to a complete thoracoplasty. Patients who have pyopneumothorax with a good contralateral lung seem to be best treated by phrenico-exeresis, followed by a thoracoplasty operation.

Extrapleural Pneumolysis

Extrapleural pneumolysis has been developed by the Sauerbruch school in the past fifteen years and is becoming more and more popular, due to the remarkable results which have been obtained in the hands of expert thoracic surgeons; and the work which is being done in this line in Puerto Rico at the Tuberculosis Sanatorium will compare favorably with any in our country.

Extrapleural pneumolysis is employed more as an apicolysis for the compression of apical cavities, especially if the patient has considerable involvement in both lungs and thoracoplasty cannot be employed. It also is indicated as a means of obliterating a cavity which has not been completely healed by thoracoplasty. In bilateral cases with cavities at both apices, an upper stage thoracoplasty may be performed on one side and an apicolysis on the opposite to obliterate cavities. At times, also, when the patient cannot tolerate a thoracoplasty at first, an apicolysis can be tried, and, if necessary, followed by thoracoplasty.

Extrapleural pneumolysis is not associated with much shock, and even

very ill patients are able to undergo the operation with comparative safety.

The operation consists in resecting one or two ribs locally over the area where the collapse is needed, and gently stripping the lung and its parietal pleura free of the chest wall.

Heliotherapy

While heliotherapy is the therapy par excellence for many forms of extrapulmonary and so-called "surgical" tuberculosis, it must be used very cautiously in pulmonary tuberculosis. In the Army, the general plan of heliotherapy has been adopted to give heliotherapy only to pulmonary cases after they have become ambulant and are on graduated exercises, and cases that are becoming fibrous but whose progress and convalescence seems to be delayed. Such fibrous cases, if they are not improved by the treatment, run very little risk of being harmed. In such patients, heliotherapy may be looked upon as a hardening process and a finishing touch to the cure.

A word of warning must be spoken against the careless and promiscuous use of heliotherapy. It is a spectacular sort of treatment and one that appeals to the imagination of many patients. It should never be employed by a patient without supervision of a physician, and then only prescribed by a physician who is familiar with its dangers as well as its benefits. It must be applied in cases of phthisis with the greatest caution and supervision.

We have found that sun baths have been beneficial in cases of artificial pneumothorax and thoracoplasty where

the contralateral lung is not actively involved.

Graduated Exercises

Just a word as to graduated exercises. Exercise is a very potent remedy, and unless graduated and carefully supervised, much harm can result. An accurate and constant check of temperature, cough, pulse, expectoration, weight and other objective symptoms must be kept. Generally speaking, graduated exercises begin when the patient is allowed toilet privileges and is permitted to sit up in a reclining chair and eat at the table. This is followed by walks around the hospital grounds; and, if the clinical progress is satisfactory, he should be transferred to an ambulatory ward. In the ambulatory ward he should observe rest hours, and if improvement continues, regular graduated walks are prescribed. These walks usually begin with one-half hour strolls and are increased gradually to three hours. Immediately after exercise, temperature and pulse are taken, and the patient questioned about shortness of breath and fatigue. Increase in exercise is determined by symptoms after the doctor checks the clinical picture of the patient's reaction. Finally rest hours in the afternoon are discontinued and the patient exercises instead. Various modifications of this plan are used. Some physicians believe in exercise every other day, with a day's rest in between.

Graduated exercise is not only a measure for the purpose of testing out patients before discharge from the hospital, but also a therapeutic measure to stimulate healing and improve the ge-

neral health of the individual. No patient should ever be permitted to exercise to the extent of fatigue; and, when in doubt as to the results, always prescribe rest.

It is a mistake to discharge patients as arrested cases until they have completed courses of graduated exercises or work. This should not be left to the initiative of the patient after he leaves the hospital. It must be carried out under medical supervision.

Tuberculin Therapy

Another treatment which maintains the interest of the patient during his convalescence and which accomplishes the auto inoculation results of exercise is tuberculin therapy.

Tuberculin therapy, as has been mentioned before, is a two-edged sword. The tuberculin treatment has never been particularly popular in the Army, but some physicians are of the opinion that they get definite improvement with tuberculin treatment in patients who are fibrotic and well along in their convalescence. The Army has always felt that one can obtain the same result by graduated exercises and by heliotherapy, having these therapeutic agents and their effects more directly under control, and any harmful effect which might ensue be more

quickly discerned and promptly controlled by stopping the application of these agents.

Summary

We have then, in the treatment of pulmonary tuberculosis, no definite panaceas. Modern treatment is directed, to a great extent, towards the utilizing of all the possible weapons for increasing the general metabolism and resistance of a tuberculous individual.

The prime factors of these weapons are: (1) Controlled and regulated rest; (2) open air life; (3) nutrition; (4) favorable climate if available; (5) collapse therapy. Even in early cases where indicated, collapse therapy should not be delayed if a patient shows no indication of becoming arrested and fibrosing his lesions; (6) during convalescence to build a patient up by supervised, graduated exercises and the cautious use of heliotherapy.

The healing processes in chronic pulmonary tuberculosis are always slow in acting. The tubercle bacilli are not all destroyed; many have to be walled in and rendered avirulent. Tuberculous tissue has to be eliminated, damaged tissue must be repaired, and destroyed tissue replaced. This requires time and prolonged and wise treatment.

ALGUNAS CONSIDERACIONES SOBRE LAS PIELITIS GRAVIDICAS *

L. A. BALASQUIDE, M. D.

*(Del servicio de Obstetricia y Ginecología de la Clínica Quirúrgica del
Dr. Pila, Ponce, P. R.)*

La pielitis del embarazo y del puerperio ha sido una de las complicaciones obstétricas peor entendidas, a pesar de que se le conoce y se le trata desde hace mucho tiempo.

La primera descripción que aparece en los anales de la literatura médica fué hecha por Smellie (1) en 1752; pero el honor de haber verificado la primera aportación científica, oficialmente ante la profesión médica, recae sobre Relaub (2) quien en 1892 describió una serie de casos ante el Congreso Francés de Cirujanos.

Esta disertación sirvió como de principio a una serie interminable de trabajos de investigación y también de observaciones clínicas, encaminadas a solucionar este interesante problema. La labor fué ardua y aunque la solución de este problema clínico aparejaba dificultades que requerían grandes esfuerzos para ser vencidos, la clase médica, siempre en armonía con su fin intrínseco, no desmayó en la empresa y sometió esta condición patológica a la acción enérgica, sostenida y ciudadosa del reactivo del estudio continuo hasta conseguir, hace poco, el completo dominio de sus fases más importantes.

Recientes y notables investigaciones han derramado mucha luz sobre el oscuro problema de la fisiología del ureter en el embarazo. La etiología y patogénesis de la pielitis gravídica han sido hábilmente escudriñadas y los métodos de su diagnóstico y tratamiento grandemente mejorados, lo que nos ha facilitado ganar un concepto más claro de sus importantes secuelas tanto en la madre, como en su descendencia.

Como es natural la observación y comprobación de estos hallazgos han hecho necesario una revisión de nuestras viejas ideas sobre la significación de la pielitis del embarazo, con el resultado que antes la creíamos una complicación ligera y sin importancia y ahora estamos obligados, a la luz de las nuevas experiencias a considerarla como una de las más importantes.

Antes de continuar en la discusión de esta condición nosológica, es conveniente proclamar que muchos de estos nuevos conocimientos, que han hecho cambiar la faz del problema, se deben en gran parte a los nuevos y mejorados métodos de diagnóstico urológico y a la cooperación que existe entre el urólogo y el obstetra en todos los grandes hospitales modernos y científicos de Europa y América.

* Trabajo leído en la asamblea anual de la Asociación Médica de Puerto Rico, celebrada durante los días 17, 18 y 19 de diciembre de 1937.

La incidencia de esta complicación es tan alta que corre casi pareja en importancia con la nefritis crónica y las enfermedades del corazón. Las estadísticas varían un tanto; Stevens (3) señala 1.22%, Falls (4) 6%, Crabtree (5) 1% y Traut (6) en un artículo muy reciente 2.02%. Nuestra humilde casuística señala un dos por ciento. Si esta enfermedad existe, pero no se le reconoce, o se olvida o se le da poca importancia, entonces sus secuelas la hacen tener la misma importancia que las complicaciones cardíacas y nefríticas por la ulterior incapacidad de salud que ocasiona a la madre y al hijo. Sin embargo, si se atiende a tiempo, si se ponen en juego los métodos modernos para combatirla; la enfermedad puede contrarrestarse a tal extremo, que la mayoría de sus efectos nocivos pueden evitarse. De aquí la gran importancia de tener una idea clara sobre la naturaleza de esta enfermedad y su tratamiento.

ETIOLOGIA Y PATOGENESIS

En la discusión de este tópico es necesario tomar en consideración la existencia de los tres factores de mayor importancia en la causalidad de esta trascendental condición patológica. Estos tres factores fundamentales son la estasis, la infección y el trauma.

Durante el embarazo existe un estado moderado de estasis de la orina en la pelvis renal y el ureter, estasis que constituye una característica fisiológica de estos órganos durante el período de gestación. Pugh (7) ha demostrado que un 80% de las mujeres embarazadas de 7 a 9 meses señalan una dilatación del ureter y la pelvis re-

nal. Cruveilnier (8) ha comprobado estos hallazgos en algunas autopsias de mujeres embarazadas y recientes estudios radiológicos e investigaciones hidrostáticas han confirmado también de una manera definitiva este fenómeno. Esta dilatación, llamada fisiológica, del ureter y de la pelvis renal es una prueba de estasis urinario y predispone así al 80% de las embarazadas, a la pielitis; porque este porcentaje de gestantes lleva consigo uno de los factores etiológicos más importantes de esta complicación.

Le Lorier (9) ha demostrado que durante el embarazo existe una intensa irritación del epitelio urinario. Esta irritación, traducida por punzadas en los riñones, se manifiesta por dolores durante la micción y la aparición en la orina de numerosos cristales de urato de sosa y de hematies. Livermore (10) cita la hematuria como el síntoma más frecuente de la ureteritis y de la estrechez ureteral y hoy día se considera que una gran mayoría de las llamadas hematurias esenciales del embarazo son producidas por pielitis.

Esta irritación de las mucosas de origen químico, producida por la eliminación de las toxinas del embarazo, puede ser suficiente para provocar al nivel del ureter un espasmo primeramente y una ulceración después que podrá ir seguida de estenosis. La persistencia de la pielonefritis después del parto, su aparición durante el puerperio o también más tarde, en tanto el embarazo evoluciona normalmente, demuestra sin ningún género de dudas, que no basta la sola presión del útero grávido para explicar la evolución de las lesiones ureterales que radican amenu-

do en un punto en que no cabe invocar la presión ejercida por el feto.

Recientes investigaciones han demostrado también que una de las causas fundamentales de la estasis urinaria es la atonia muscular. Se ha demostrado que el músculo liso del ureter responde a las desconocidas influencias hormonales del embarazo de una manera muy similar que la matriz, perdiendo mucha de su irritabilidad desde el tercer mes en adelante. Esto desde luego significa reducción en la contractilidad de la musculatura ureteral, pérdida en su actividad peristáltica con el resultado que cuando el peso del útero grávido cae sobre el ya atónico ureter, produce una mayor dificultad en la expulsión de la orina hacia la vejiga. La orina entonces se acumula, distiende aún mas con su presión el ureter flácido y la pelvis renal, produciendo lo que se llama el hidroureter del embarazo.

La bacteria más importante en la causalidad de esta infección es el *Coli bacilo*; tanto es así que puede decirse que un 95% de las pielitis gravídicas son causadas por bacilos que pertenecen a este grupo. Ocasionalmente se encuentra el estreptococo, estafilococo, enterococo y *B. Proteus* los cuales pueden actuar aisladamente o en combinación produciendo entonces las llamadas infecciones mixtas. Las pielitis de origen no colibacilar son tan raras, que nosotros nos limitaremos en el presente trabajo a hablar solamente de aquellas producidas por el *Colibacilo*.

La clínica nos muestra dos formas esenciales de infección urinaria; una supurada, acompañada de lesiones del

aparato urinario y otra sin supuración y sin lesiones inflamatorias o sea la colibaciluria. Dado el límite de esta tesis no entraremos en la interesante discusión del por qué en unos casos los gérmenes se instalan y proliferan y en otros no; por qué en unos casos se producen lesiones inflamatorias y en cambio en otros ni anatomico-patológicamente ni sintomáticamente existe otra cosa que la presencia del colibacilo en la orina y en tal abundancia en ciertas ocasiones que determinan su enturbamiento y opalescencia.

El hecho de que el colibacilo es el invasor más frecuente e importante en el tramo urinario, sugiere la idea, ya sostenida por muchos autores, de que este bacilo llega al tracto urinario desde el intestino, y que hace ese camino bien por ascensión directa por el lumen del tracto o transportándose a través del sistema linfático. Se ha dicho que su llegada es posible también por extensión directa del periné a la uretra, vejiga y finalmente a los ureteres y pelvis renal. Esta teoría que hasta hace poco tenía gran aceptación ha sido descartada, porque recientes investigaciones han comprobado, de una manera definitiva, que ésta no es una ruta común. También se habla de que el colibacilo es transmitido del intestino grueso a la capula del riñón derecho por la vía linfógena conforme lo demostrara Albarran (11) en 1901. Cuando las lesiones intestinales radican en el ángulo cólico derecho, los colibacilos van directamente a la pelvis renal del propio lado de los linfáticos, que en esta parte están en relación con la pelvis renal, cosa que no ocurre en el lado izquierdo.

Basta pensar en la frecuencia de la estasis intestinal durante el embarazo, estasis casi siempre acompañada de in-

fección intestinal, para comprender cuan fácil debe ser durante el puerperio la invasión del tramo urinario por la infección.

Otra ruta importante es la que drena los órganos pélvicos, particularmente el cuello uterino, vejiga, vagina y uretra y se extiende hacia arriba siguiendo el curso del ureter hasta la región de la pelvis renal, donde desemboca en los canales laterales comunicándose directamente con el conducto torácico. Los recientes estudios e investigaciones de Wusburg-White (12) han comprobado de una manera tan firme esta teoría que hoy es imprescindible ponerla como una de las rutas de infección más importantes.

La infección hematógena es con toda probabilidad secundaria a la infección por vía linfática, aunque bien es verdad que aún existen algunos autores que opinan lo contrario.

El tercer factor etiológico es el trauma. Desde hace mucho tiempo, Scott (13) comprobó que en el hombre, la traumatización que produce el sondeo, especialmente si es frecuente y brusco es suficiente para causar una diseminación de los organismos patógenos, produciendo lo que los americanos han llamado muy bien "Catheter Fever". La experiencia de cualquier obstetra revela la frecuencia de la pielitis post-partum, en aquellos casos que por alguna razón necesitan de frecuentes cateterizaciones. Además el trauma del parto unido a la atonía del ureter que sucede inmediatamente a este, aumentan las probabilidades de la infección y constituyen sin duda alguna factores de capital importancia en la pro-

ducción de esta complicación tocológica.

DIAGNOSTICO

El diagnóstico de esta condición resulta ahora fácil; pero la literatura referente a ella nos dice que muchas colibacilemias que se observaban antes en el puerperio fueron diagnosticadas de infecciones puerperales y tratadas como tales; lo que nos hace preguntarnos si los resultados dispares obtenidos antiguamente en las septicemias puerperales eran debidos a la diferencia de los tratamientos empleados o a la naturaleza distinta de infecciones no bien determinadas.

En la actualidad, con los modernos métodos urológicos solo es necesario tenerla en mente, para establecer el diagnóstico. Un historial completo, la observación de los síntomas, examen de la orina con su correspondiente siembra son suficientes factores en la mayoría de los casos para establecer prontamente el diagnóstico. El cultivo hematógeno es de muy poco valor práctico, pues sólo resulta positivo ocasionalmente.

TRATAMIENTO

Sin desear entrar en todos los detalles del tratamiento, porque sería prolijo enumerar todas las técnicas desarrolladas para atacar esta enfermedad; nosotros vamos a delinear, aunque de una manera sucinta, el método usado en nuestro servicio obstétrico, el cual ha sido establecido después de un concienzudo estudio de comprobación de las múltiples y variadas medidas terapéuticas, aconsejadas desde hace años, por los grandes maestros en esta materia.

En general podemos adelantar que la terapéutica dependerá en gran parte del diagnóstico exacto de la infección, de su forma clínica y del diagnóstico preciso de las lesiones del aparato urinario, obtenidas por medios clínicos, cistoscópicos y radiológicos. Además, hay que tomar en consideración otros factores tales como el término del embarazo, la historia obstétrica y urológica de la paciente, el hecho de si la infección es unilateral o bilateral y el estado de la función renal, todo lo cual hace difícil y variado el tratamiento de esta condición.

Antes de adentrarnos en las consideraciones terapéuticas de nuestra técnica, debemos decir que estos casos necesitan para su mejor estudio y tratamiento cuidado institucional y por eso nuestra primera medida es la hospitalización inmediata de estos pacientes.

Una vez hospitalizada se hace enseguida un examen de la orina, extraída por cateter y se verifica también una siembra para examen histobacteriológico. Se extrae una muestra de sangre para la búsqueda de retención nitrógena y luego se hace un pielograma intravenoso para observar la patología causada por la inflamación, lo cual nos da también, una idea, aunque no exacta de la función renal.

Si la infección es unilateral y el examen de la sangre no señala retención nitrógena el tratamiento consiste solamente en reposo en cama, abundancia de líquidos, dieta blanda y corrección de la estasis intestinal. En aquellos casos que no mejoren con este tratamiento en el curso de una semana, instituimos entonces la seroterapia in-

mediatamente. Los casos que señalan alguna obstrucción u obstáculo mecánico casi nunca reaccionan favorablemente a la seroterapia. Estos casos deben tratarse por la cateterización ureteral y el lavaje de la pelvis con una solución argéntica. Algunos autores han llegado a aconsejar el aborto terapéutico en los casos que señalan retención nitrógena.

La seroterapia colibacilar está indicada sobre todo en las formas septicémicas y agudas. El suero de Vincent se usa desde el año 1925. En los servicios de Chevassu y Maisonet ha dado muy buenos resultados, según el informe de numerosos casos citados por Oeconomos (14) en su importante ponencia "Congreso de Madrid". También en los servicios de Val de Grace y del Hospital Cochin se le ha utilizado, con resultados muy favorables desde hace más de doce años y lo mismo dice Roger Petit (15) en su interesante trabajo sobre las Colibacilurias. Nosotros hemos tenido la fortuna de tratar mas de 20 casos, desde 1928, con resultados tan halagadores, que hoy día, la seroterapia resulta una de las armas más eficaces que poseemos para combatir esta enfermedad.

Vincent preparara su suero inoculando al caballo cultivos a dosis progresivas. La dosificación es de 20 cc por día durante cuatro días por vía hipodérmica y en los casos graves, para otras más enérgicamente, la dosis puede ser llevada sin inconvenientes a 40 o 60 c. c., renovada durante varios días. Nunca hemos observado reacción o choque alguno y esto débese en gran parte a que durante la preparación del suero, se eliminan las materias albu-

minoideas, (serina, englobulina), los cristaloides, semicoloides y demás sustancias nocivas, dejando en definitiva una solución coloidal de sendoglobulinas. Este suero obra creando una inmunización muy enérgica mediante los anticuerpos que contiene. Ocasionalmente hemos observado la aparición de urticaria, pero esta complicación, aparte de sus molestias sintomáticas, nunca ha venido revestida de importancia alguna.

En la pielitis post-partum pueden ensayarse los nuevos y eficientes métodos de quimioterapia. Existen dos métodos: el primero y más viejo utiliza el principio de que el ácido oxibutírico mata rápidamente al colibacilo en una orina marcadamente ácida. El segundo emplea las sales del ácido mandélico, que en una orina ácida, son muy tóxicas al colibacilo. Estos métodos no son recomendables durante el embarazo o la lactancia porque para producir la acidez urinaria que ellos necesitan para su eficacia es necesario algún grado de acidosis de parte de la madre, lo que encarna un elemento perjudicial para el feto.

El primer método se basa en el uso de una dieta especial, llamada dieta *quetógena*. Nosotros no tenemos experiencia en el uso de este método, pero se dice que resulta muy poco efectivo, porque se hace muy difícil conseguir la cooperación de la paciente en la observación de ésta, porque es muy desagradable de mantener.

Este método ha sido recientemente reemplazado por el uso del ácido man-

délico y el cloruro de amonio, los cuales se combinan para formar un elixir que puede ser administrado por ingestión. La paciente debe recibir en dosis fraccionadas no menos de doce gramos diarios de la sal del ácido. Los líquidos deben limitarse a 50 onzas diarias para evitar así una gran dilución del ácido en la orina. Este ensayo no resultará eficaz si no se mantiene la orina con P. H. 5.5.

Para controlar esto se hace necesario examinar diariamente la orina con un indicador. Ocasionalmente se hace necesario administrar una dosis adicional de cloruro de amonio para mantener el grado de acidez deseado. Este tratamiento se administra por un período de diez días y luego se hace un cultivo de la orina para determinar si la infección sobrevive. Si la infección persiste después de una semana de reposo se comienza de nuevo el régimen. El criterio de curación se basa en una serie de tres cultivos de orina negativos a intervalos de una semana.

Nuestra experiencia en el tratamiento de esta complicación nos ha enseñado que el uso de los procedimientos quirúrgicos, como liberación del ureter, ureterotomía, nefrostomía, nefropepsia, descapsulación renal, interrupción del embarazo, etc., tan en boga en algunas de las fases de la historia terapéutica de esta condición, son completamente excepcionales, pues la mayoría de los casos curan con métodos menos drásticos y difíciles.

BIBLIOGRAFIA

- 1—Podolsky, E: Med. Times, 57-58, 157, 1930.
 - 2—Relaub: Cong. Frac d' Chirurg; Paris, 1892.
 - 3—Stevens W. E: Jour. Am. Med. Assn., 81,
 - 4—Falls F: Jour. Am. Med. Assn., 8, 1590, 1923.
 - 5—Crabtree: New England Jour. Med., 202, 1357, 1923.
 - 6—Traut: Am. Jour. Obs. and Gyn., 34, 392, 404, 1937.
 - 7—Pugh: Pielitis del Embarazo "Congreso de la Asociación Americana de Urología" 1927.
 - 8—Cruveilhier: Citado por Grandjean: Le Monde Médical, Nov. 1928.
 - 9—Le Lorier: Soc. de Obs. de Pairs, Feb. 1927.
 - 10—Luvermore: Congreso de la Asociación Americana de Urología — Mayo 1923.
 - 11—Albarrán: Citado por Perearnau: Ponencia IV Congreso Sociedad Urología, Madrid 1930.
 - 12—Winsburg — White: Brit. Journal Urol. 5: 249, 1933.
 - 13—Scott: Citado por Traut: American Jour. Obs. Gyn. 34, 392— 404, 1937.
 - 14—Oeconomas: Citado por Perearnau: Ponencia del IV Congreso Sociedad Internacional de Urología — Madrid, 1930.
 - 15—Roger, Peti: Citado por Perearnau: Ponencia del IV Congreso Sociedad Internacional de Urología, Madrid, 1930.
-

MALIGNANT BONE TUMORS WITH A REVIEW OF THREE CASES *

J. R. BIERLEY, M. D.

Humacao, P. R.

The classification and terminology used in this paper will follow that of Kolodny (1) which is a modification of the classification adopted by the Registry of Bone Sarcoma of the American College of Surgeons.

All primary malignant bone tumors can be subdivided in the following groups:

1. Osteogenic Sarcoma
2. Ewings Sarcoma
3. Myeloma
4. A group of unclassified sarcoma including angeo-endothelioma, extraperiosteal sarcoma.

All primary sarcomatous tumors of bone which do not belong in any of the other groups are to be referred to osteogenic sarcomata. In free translation osteogenic sarcoma means derived from bone. The true meaning, however, of osteogenic sarcoma as understood by those accepting the Registry nomenclature (Ewing, Codman, Kolodny, Moore, Boyd) is a sarcomatous tumor derived from ancestors of cells which when duly differentiated are known as osteoblasts. A mistake (2) made very frequently is to understand that osteogenic sarcoma is a tumor producing bone. Many of the most malignant os-

teogenic sarcoma show no bone production whatever. Bone production is merely a potential ability of the tumor cells. The sub-classification of osteogenic sarcoma into periosteal, medullary, and sub-periosteal are merely anatomical terms and valueless. The terms sclerosing and telangectatic (3) frequently met in the literature have little value to the clinician. All properties and even stages of growth may be demonstrated in the same tumor with areas predominately cartilage, others mucoid, and even well differentiated bone. All are highly vascular. The excessive vascularity of any particular case would of course increase the possibility of metastasis and hence, affect the prognosis.

The pathology of bone tumors is too varied and difficult to come within the scope of this paper. The histological structure and peculiar methods of growth as they affect the clinical picture will be discussed with the differential diagnosis.

Ewings sarcoma has been an entity only since 1920. A specific clinical course, a typical gross anatomy and a unique histology serve as the basis for the existence of this entity.

ORIGIN OF CELLS DISPUTED:

Ewings in his original description of this sarcoma stated origin probably was from vascular endothelium. De

* Paper read at the annual meeting of the Puerto Rico Medical Association, December 18, 1937.

Santo (4) believes tumor arises from lymphatic vessels which traverse haversian canals and beneath the periosteum and cites a case where sections of bone demonstrate the transition from normal to malignant change.

Myeloma is a tumor originating in the medullary cavity of a bone, appearing simultaneously as numerous nodules ranging in size between one millimeter and two centimeters. The tumor is held to be derived from the specific bone marrow cells of the myelocyte series.

CLINICAL COURSE:

The incidence of malignant bone tumors is best seen from the fact that about one case out of three of sarcoma is a bone sarcoma, the next in frequency being lymphosarcoma. Codman (5) the founder of the Bone Sarcoma Registry estimated that the clinical incidence is one to 100,000 of population at any one moment. Goin & Carrol (6) place the incidence at one per 888 admissions in their Children's Hospital.

Social conditions have no influence as an etiological factor. Of no great influence also is sex except in the first decade where the female predominates.

Osteogenic sarcoma is primarily a disease of the young. The Registry material shows no age is entirely immune. It is of least frequency in the first decade and reaches its peak during the second. There is no authentic case on record of Congenital osteogenic sarcoma. The fact that osteogenic sarcoma develops most frequently during the period of skeletal puberty has long been the basis for the inclusion theory of

tumor origin and of endocrine influences. Energetic growth of the skeleton seems to be one of the main factors in the etiology of these tumors. Trauma is a much debated factor in the etiology but it suffices to say that a history of injury is obtained in most cases.

While most bones of the skeleton may be the seat of osteogenic sarcoma they are met most frequently in the long bones. The metaphysis are the seat of predilection. This is especially true of the lower extremity which comprises 72% of all cases of osteogenic sarcoma. Of tumors of the lower extremity 82% are about the knee. Bones involved with frequency are: femur 52%; tibia 20%; humerus 10%; pelvis 5% (usually ilium); fibula, shoulder girdle, ulna, bones of hands and feet (exclusive of phalanges which never are involved), ribs, skull, jaws, vertebrae.

It is important to note no case of the lower end of the radius or of the tibia has ever been reported. The ischia though subjected to much trauma are also free.

Osteogenic sarcoma is a solitary disease which helps distinguish it from Ewings which often is multiple and myeloma which as a rule is multiple.

In the clinical history of a patient with a primary malignant bone tumor pain attracts the attention of the diagnostician. It is the first clinical symptom. Special attention is called to the quality of the pain by Putti (7). It is of an intense, dull, constant and localized pain not accountable for by any

other local sign. This symptom is of such importance that severe persistent pain in a long bone of a young adult should cause a suspicion of sarcoma. Suffering is specially agonizing and unbearable at night. Sleepless nights are the main cause of the run down condition so frequently seen.

Unlike carcinoma the general condition in malignant tumors of bone is generally good until the later stages of the disease. Though the patient may be in poor condition from misery, as soon as suffering is relieved spontaneously, either by radiation or amputation, the general condition is again satisfactory. When the patient enters the last stage, the generalization of the disease—a febrile stage is frequent, especially in the presence of pulmonary metastases with an accompanying consolidation of the entire lung. A leukocytosis with predominance of lymphocytes is found. Myelocytes are not a constant finding. Instead of cachexia as found in carcinoma, one finds a grave anemia.

The skin overlying the affected region becomes stretched by the tumor but not invaded by it. It preserves its mobility and natural color for a long time. Frequently the temperature over the involved area becomes distinctly higher than that of neighboring areas. Early the veins become noticeably dilated. Ulceration of the skin however, is rare.

Pathological fracture is infrequent. Usually the tumefaction and pain keep the patient off his feet.

The reaction of the joint close to the involved bone end in malignant

tumors is peculiar. The patient complains of less articular pain in osteogenic sarcoma than in osteomyelitis. There may be initial soreness and perhaps an effusion into the joint following trauma, but after the exudate absorbs, no articular discomfort is felt. Movements in the joint are free. Late in the disease the joint may be invaded and the case mistaken for tuberculosis.

One of the most constant manifestations of the clinical course of malignant bone tumors is generalization of the tumor through metastatic dislodgment. This feature is of tremendous importance giving the disease its exceeding grave prognosis, in only exceptional cases does the patient live more than five years. Most frequent site of metastases is to lungs. The following sites of metastases have been reported by Brunschmig and Harmon (9) calvarium, pleura, temporal bone, heart, tibia, ribs, sternum, sacrum, pericardium, vertebrae, mediastinal glands, skin, dura mater, tonsil.

Hellner (8) gives a note of caution on making the diagnosis of bone sarcoma as 50% of such diagnoses are wrong. The true diagnosis being carcinoma from organs notorious for dissemination of metastases to bones such as breast, prostate, adrenals, and thyroid. The blood stream is not the only path of spreading metastases. The lymphatic system occasionally plays a definite role in the transportation of tumor tissue. Typical sarcomatous metastases to the lungs are globular in shape, few in number, and large in size.

Naturally a question arises as to the interval of between the onset of osteo-

genic sarcoma and the appearance of metastases. No definite answers are forthcoming. In the literature cases are reported with pulmonary metastases and death two months from clinical onset. Usually metastases appear within the first two years after onset. Lewis and Geschickter (10) think prognosis definitely better if patient is free of metastases 18 months after operation.

Ewings tumor constitutes approximately 15% of bone sarcoma. (11) In contrast with osteogenic sarcoma it favors the smaller bones of the extremities, ischium, skull and scapula. When a long pipe bone is involved it affects the shaft of the bone and not the end. It differs also from osteogenic sarcoma in its wide involvement of the shaft. The tumor seems to begin simultaneously in numerous areas of the involved portion of the bone, in the bone marrow filling the medullary cavity as well as the larger haversian canals. These foci enlarge rapidly and expand in all directions. The tumor cells spread between the bone lamellae which they push apart. The cortical bone is dissolved out by the approach of the tumor cells. The periosteum as soon as it is reached proceeds with its protective action by laying down a reinforcement of new bone. This is penetrated by the tumor cells which then grow down shaft. Another layer of bone is laid down by the periosteum. This lamination produces the onion skin layer effect seen in the X Ray plate. The periosteum is finally penetrated and the tumor infiltrates into the soft tissues about the affected bone.

The age of incidence parallels that of osteogenic sarcoma. One half the

cases observed are between 6 and 15 years and rarely over 40 years.

Pain is a constant complaint usually following some trauma. After a period the pain recurs accompanied by fever and a mild leukocytosis. This accounts for the frequent mistaken diagnosis of osteomyelitis. After a few weeks or even a few months symptoms recur but now a palpable tumor is present. It is not unusual to see a patient up and around after a year of intermittent attacks. The skin remains free from the tumor mass.

Metastases are commonest to lung, base of skull and vertebrae. (12) Involvement of lymph glands not uncommon. Visceral metastases are rare but do occur. The tumor cells of metastases do not have the ability of bone production as in osteogenic sarcoma. (13) That present at the primary site is a defensive reaction on the part of the body.

Myeloma a rare tumor not represented in this series favors the mid portion of long bones, humerus, and femur and the flat bones of the skeleton such as the sternum, ribs, skull and vertebrae. Lesions vary from 1 mm. to 5 cm. and usually are multiple. (14) About 20 cases of single myelomata have been reported. (15) The disease affects males mostly and between the ages of 40 and 60. There is no typical clinical picture. When the spine is involved cord compression is frequent and often the cause of death. (16) Wide spread metastases are the rule.

The differential diagnosis, therapy and prognosis will be discussed with the three cases presented.

CASE NO. I:



CASE NO. 1

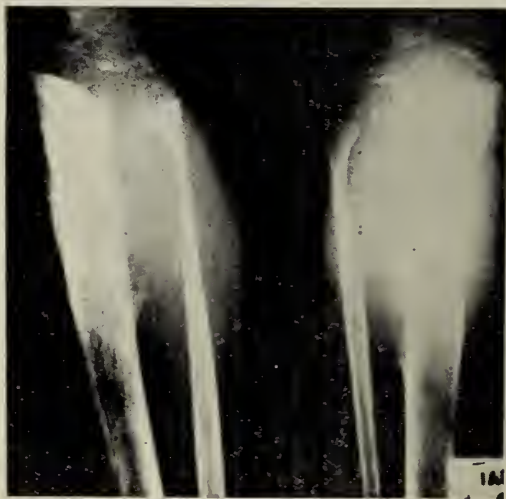
A young man age 16 years sustained an injury to left knee when stepped on by a cow. Discomfort lasted only a few days but one month later leg began to be painful especially at night. Case was diagnosed as "rheumatism or infection in knee" and given ointments to apply. Five months after onset patient was seen by us for first time. The left knee was the seat of a spindle shaped tumor mass involving the lower end of the femur and upper third of the tibia. Skin was tense but not attached to tumor mass. XRay examination revealed an indefinite tumor mass about lower end of femur with radiating spicules (sun burst effect) from shaft of bone. A biopsy made under local anesthetic was typical for osteogenic sarcoma. Limb was amputated in the upper third of femur but tumor tissue was found to extend into acetabulum. Dean Lewis (10) has shown disarticulation never cures this type of involvement; although radiographic

examination of chest revealed no metastases at time of discharge, patient expired at home six weeks later just nine months from date of onset.

Neither Xray nor radium therapy were used. Coley (17) advises against pre-operative radiation for the reason that burns often hamper surgery that may follow. Meyerding (19) found osteogenic tumors the least responsive to radiation and Putti (7) believes that metastases may be hastened by it. Kolodny (18) in 1937 stated that neither radiation without surgery nor surgery without radiation would produce a 5 years cure. However, Moore (2) cites a case treated by Xray alone living ten years after treatment. Coley (20) has cures with combined surgery and toxins or Xray therapy and toxins. No other investigator has duplicated his results by the same treatment. Toxins used were either erysipelas or B. prodigiosus or both.

CASE NO. II:

A well nourished boy age 13 years admitted with complaint of pain and



CASE NO. 2

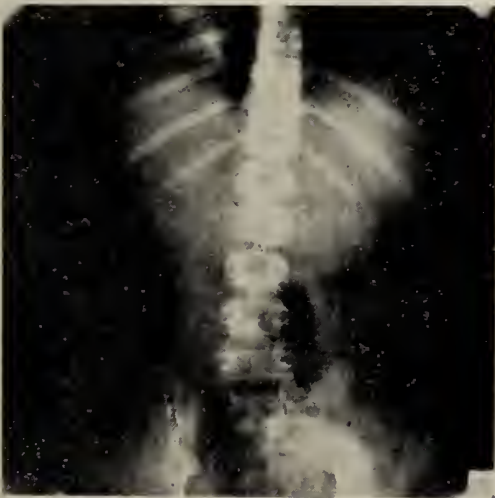
swelling in leg following fall four months previously. Pain varied in severity but always present and of boring quality. Examination revealed an enlarged left knee tender to palpation, skin not attached to mass and free motion in knee. Roentgenogram revealed a tumor mass of tibia at diaphysis with "lipping" of periosteum, radiating spicules of bone and almost a complete lysis of epiphysis. Amputation in upper third of femur was performed at once. Xray of stump long bones, skull and of lungs clear two months later. Fluoroscopic examination of chest and long bones still negative six months after amputation. At seven months complaints began of pain in ribs, left hip and lumbar spine. A tender mass to left of second lumbar vertebra found and aspiration made in hope of finding an abscess but solid tumor tissue was encountered. Xray examination revealed a lytic process in second lumbar vertebra. Ten months after operation patient presented a paraplegia and complete anesthesia from costal margins



CASE NO. 2

on down with flaccid paralysis and no sphincteric control. Weakness of muscles of right side of face and left internal strabismus indicated cerebral or cranial metastases. Chest exam, revealed wide spread metastases. At present 15 months after onset of disease patient is in the hospital in the terminal stages of the disease under close observation.

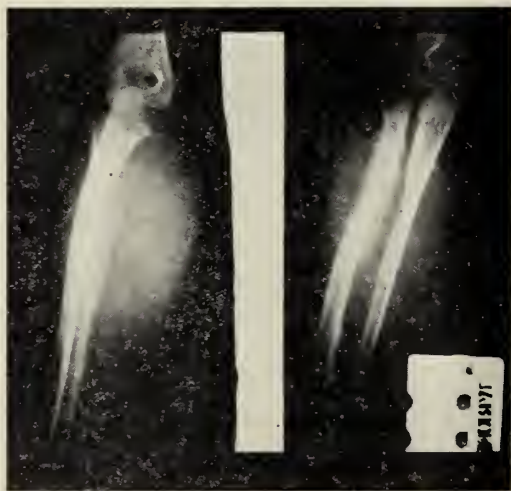
The prognosis definitely bad in all malignant bone tumors is especially so in the lytic variety of osteogenic group. Bloodgood (20) stated that the statistics of Johns Hopkins Hospital show no case of bone sarcoma with verified diagnosis well 5 yrs. following any method of treatment. Moore and others think radiation should be tried early in the disease instead of surgery. Of the 5 years cures reported to the registry in 1935 no cures were reported by radiation alone. Cambell (22) as well as Coley, Harns (23) and others believes early amputation lends greatest possibility of cure. Radiation does reduce pain but has no definite effect on ultimate course of disease.



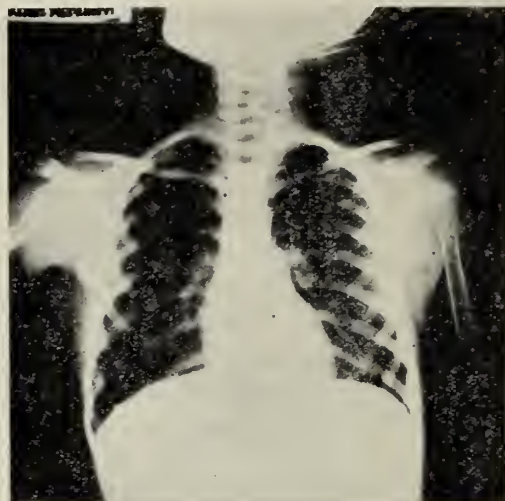
CASE NO. 2

CASE NO. III:

Girl 9 yrs. old with symptoms for 9 months. Had injury to left arm when she fell. Discomfort was present for a few days then forgotten. Weeks later more pain in arm. On third attack of pain enlargement of arm noted. No Xray examination was made though seen by several doctors. A spindle shaped mass presented in mid forearm and tapered to either end. Xray revealed extensive involvement of the shaft of the radius with absorption of the bone accompanied by a widening of the shaft and with frayed longitudinal bone trabeculae. Two tourniquets were placed on the humerus and the tumor mass cut into. The infiltrative growth into muscle and fascia together with Xray evidence at hand established the diagnosis of a malignant tumor and the arm was amputated between the tourniquets. Sections of the tumor revealed the typical cells of Ewing's sarcoma. Examination of lungs and operative stump negative 5 months after amputation. She now has no complaints and is un-



CASE NO. 3



CASE NO. 3

der observation.

Biopsy represents the last court of appeal when in doubt of the diagnosis. Cambell (22) noted in most of his 5 year cures some previous surgery had been performed. Harris (24) also recommends this step before amputation. Ewings tumor is more radiosensitive than osteogenic sarcoma and will diminish in size under treatment. Coley objects to its use since with improvement in the primary tumor, the patient afterwards objects to amputation until pulmonary metastases have stamped the case fatal. In an analysis of Registry Cases approximately 10 cases of a total of 171 reported, were living after 5 years (25).

The question of therapy is still awaiting its answer. Amputation following early diagnosis gets the greatest number of 5 yr. cures. With the emphasis on early diagnosis the general practitioner must ever be on the watch for these tumors if any progress is to be made. He can only find them by looking for them.

BIBLIOGRAPHY

1. Kolodny, A. — Bone Sarcoma (Monograph) Copyright 1927, Surgical Publishing Co., of Chicago.
2. Moore, S. — Surg. Gyn., Obs. March 1933. P. 681.
3. Copeland, Geschickter, Text — Tumors of the Bone, 2nd. edition.
4. De Santo—Archives of Surg. 1934 XXVII 66.
5. Codman, E. A. — Surg., Gyn. & Obs., 1926 XLII 381.
6. Goin, L. S. — Carrol R. L., Radiology 1936 27:261.
7. Putti, Vittorio — Surg., Gyn. and Obs. 1929 March 324.
8. Hellner, H. — Ergebn.d.chir 1935 28:72 Int. Abs. S. G. & O. Apr. 1936 365.
9. Brunschwig, A.; Harmon; P. H. — Surg. Gynec. & Obst. Dec. 1933 111.
10. Lewis, Dean; Geschickter F. — Archives of Surg. June 1937 1010.
11. Konjetzny, G. E. — Arch. f. Klin chir 1933 CLXXVI 335 — Abs. Surg. Gyn. & Obs. June 1934; 536.
12. Soeur, R. — Rev. d'orthop 1932 197 Abs. Surg. Gyn. & Obs. Oct. 1932, 349.
13. Branschnig, A.; Harmon, P. H. — Surg. Gyn. & Obs. Jan. 1935-30.
14. Williams, H. W. — Am. J. of Cancer 1932 XVI 546.
15. Cutler M.; Buschke F.; Cantril S. T. — Surg. Gyn. & Obs. June 1936- 918.
16. Boudreaux, J. — J. de Chir 1936, 48:352. Int. Abs. S. G. & O. Feb. 1937; 161.
17. Coley, W. B. — Radiology 1933— Int. Abs. S. G. & O. May 1934; 442.
18. Kolodny — Personal Communication.
19. Meyerding, H. W. — J. Bone & Joint Surg. 1936 18:617.
20. Coley, W. B., Coley, B. L. — Surg. Gyn. & Obs. Vol. LVIII Feb. 15, 1934.
21. Lattman I.; — Brit J. Radio, 1934 VII 194. Int. Abs. S. G. & O. Oct. 1934.
22. Cambell J. — Am. Med. Ass. 1935 105 11496.
23. Harris, R. I. — J. Bone & Joint Surg. 1936— 18:631.
24. Harris R. I. — Surg. Gynec. & Obst. Editorial June 1937— 1092.
25. Crowell B. C. — Surg., Gynec. & Obst. Feb. 15, 1935 — 596.
26. Albee — J. Am. Med. Ass. 1936, 107:1693.

Boletín de la Asociación Médica de Puerto Rico

Avenida Manuel Fernández Juncos, Parada 19
Santurce, P. R.

AÑO XXX MARZO, 1938 Núm. 3

Editor y Administrador:

Dr. E. Martínez Rivera

Editores Asociados:

Dr. Leopoldo Figueroa
Dr. Pedro S. Malaret
Dr. David E. García
Dr. J. Noya Benítez
Dr. L. Gaetán Roberts

NOTICIAS MEDICO-SOCIALES

Reunión del Distrito Norte:

El lunes 7 del cursante mes, la Asociación Médica del Distrito de San Juan, llevó a efecto un interesante acto científico en el edificio de nuestra Asociación, con la presentación de los siguientes trabajos:

"Blood Grouping in Forensic Medicine", por el Dr. D. S. Martín, Profesor Asociado en Bacteriología de la Universidad de Duke, Carolina del Norte, y quien actualmente se encuentra realizando estudios especiales en la Escuela de Medicina Tropical.

"Disertación sobre la Contraconcepción, con proyección de películas", por el Dr. José S. Belaval, Médico-Director de la Liga Contraconcepciva de Puerto Rico.

Ambas conferencias despertaron gran entusiasmo entre la concurrencia,

y las mismas fueron objeto de cálidos elogios.

Para el próximo mes de abril los directores de la Asociación del Distrito prometen organizar otra reunión científica, que esperamos contribuya a mantener activo el interés científico de nuestra profesión.

Dr. Ramón M. Suárez:

El jueves 10 del presente mes, embarcó rumbo al Norte el querido compañero cuyo nombre encabeza estas líneas.

Era el propósito del Dr. Suárez asistir a la reunión anual del "American College of Physicians", donde habría de presentar un interesante artículo sobre "Sprue", así como visitar varias instituciones médicas de algunos estados de la Unión.

Deseamos al compañero viajero una muy grata estadía en el Continente.

Dr. Guillermo Arbona:

Este compañero pasa por la pena de haber perdido en fecha reciente a su querido padre.

Sirvan estas líneas para reiterarle nuestra más sincera condolencia por tan irreparable pérdida por él sufrida, la que hacemos extensiva a sus demás familiares.

Aprobaron su reválida:

Los exámenes de reválida llevados a cabo por el Tribunal Examinador de Médicos en fecha reciente, fueron aprobados por los siguientes compañeros:

Dr. Rafael Arrillaga Torrens, de Río Piedras.

Dr. Enrique Carlo Aymat, de Guayama.

Dr. Angel B. Carrasco, de Nueva York.

Dr. Roberto Busó Carrasquillo, de Santurce.

Dr. José A. Hernández Rivera, de Jayuya.

Dr. Antonio H. Susoni, de Arecibo.

Dr. Rafael Velázquez, de Guayama.

Nuevos Socios:

Durante el presente mes de marzo han hecho su ingreso a nuestra Asociación los siguientes compañeros:

Dr. Jacob B. Kodesh, de la Clínica Miramar, Santurce.

Dr. Ramón Piñero Fernández, del Fondo del Seguro del Estado.

Dr. Antonio H. Susoni, de la Clínica del Dr. Susoni, Arecibo.

Otras solicitudes de ingreso han sido presentadas y están pendientes de aprobación por el Consejo y la Directiva de la Asociación.

Necrologías:

A mediados del mes en curso falleció en esta capital, tras de una prolongada enfermedad, nuestro compañero y amigo, el Dr. Martín O. de la Rosa.

El Dr. de la Rosa nació en el año 1869 y se graduó de médico cirujano en la Universidad de Sevilla, España, en el 1900. Fué Profesor Agregado en Enfermedades Transmisibles en el Colegio de Médicos y Cirujanos de la Uni-

versidad de Columbia, y durante muchos años fué médico-director del Hospital Cuarentenario de San Juan. Últimamente se había visto obligado a retirarse de dicho cargo por la enfermedad que ya había empezado a minar su organismo y que terminara por tronchar su vida a la edad de 69 años.

El compañero fenecido fué siempre acreedor al aprecio y la estimación, no solo de sus compañeros de profesión, sino también del público profano.

Reciban los familiares del querido amigo, nuestro más profundo pésame por tan sensible pérdida.

El 19 del mes en curso expiró en el pueblo de Río Piedras, donde había venido ejerciendo últimamente su noble profesión, el querido amigo y compañero, Dr. Pedro M. Rivera.

El Dr. Rivera nació en el pueblo de San Germán el año 1893, y se graduó de médico-cirujano en la Universidad de Georgetown en Washington. De regreso a Puerto Rico ejerció en Puerta de Tierra, Humacao, Carolina, San Juan, Vega Baja, y últimamente en Río Piedras. En todas estas poblaciones supo ganarse el aprecio y la estimación de todos los que lo conocieron por su trato afable y cortés, y entre la clase media se hizo acreedor al cariño de todos sus compañeros. Siempre demostró un gran amor por nuestra querida agrupación, y le brindó en todo momento una cooperación desinteresada, no solo material sino espiritual, ya que ésta podía contar con su apoyo en todo asunto que se propusiera afrontar.

Sean estas líneas portadoras de nuestra más sentida condolencia a todos los familiares del querido compañero fenecido.

104



EL EJERCICIO

El ejercicio es uno de los importantes factores en el tratamiento del estreñimiento. Son igualmente importantes el régimen alimenticio y el hábito regular de la hora de evacuación intestinal. Desgraciadamente, en las condiciones modernas de vida, es difícil someterse a un régimen tan estricto. Aun cuando su paciente tienda a abandonar el régimen alimenticio adecuado y el ejercicio, es preciso que se mantenga una evacuación intestinal diaria. El Petrolagar ayuda a establecer una evacuación intestinal normal ya que se mezcla íntimamente con las heces para formar una deposición blanda que sale fácilmente. Con el uso de Petrolagar se puede establecer y mantener la hora del hábito. Petrolagar Laboratories, Inc., 8134 McCormick Blvd., Chicago, Ill., E. U. A.

Petrolagar es una emulsión mecánica de petrolato líquido puro (63% por volumen) y de agar-agar. Aceptado por el Consejo de Farmacia y Química de la Asociación Médica Americana para el tratamiento del estreñimiento.

Petrolagar



Artritis

Crónica

Los médicos y los cirujanos dan importancia al tratamiento físico en el manejo de la artritis crónica. En esta rama de la terapéutica la Antiphlogistine sobresale prominentemente entre las aplicaciones tópicas por sus potencialidades para producir una mejoría notable del proceso artrítico.

Posee un efecto indiscutible sobre el metabolismo local, aumentando los procesos anabólicos y catabólicos y estimulando la absorción de las efusiones articulares y los productos residuales tóxicos. Es uno de los métodos más simples y, sobre todo, eficaces de aplicar el calor tópico.

ANTIPHLOGISTINE

Muestra a Solicitud

THE DENVER CHEMICAL MANUFACTURING COMPANY

163 VARICK STREET

NUEVA YORK, E. U. A.

LUIS GARRATON & HNO., S. en C.

P. O. BOX 1541 — San Juan, P. R.

SCILLAREN

GLUCOSIDO CARDIO-RENAL
DEL BULBO DE LA ESCILA

INDICACIONES:

Diurético azotúrico genuino, cardio-renal para tratamientos prolongados

POSOLOGIA MEDIA y DIARIA

De 2 a 6 comprimidos al día, o X a XL gotas 2 a 3 veces al día, o una ampolla de una vez por vía endovenosa



Para muestras y literatura dirigirse a

SANDOZ CHEMICAL WORKS, INC.
61-63 VAN DAM ST. • NEW YORK, N. Y.

Insignias de Médico



Cumpliendo con lo dispuesto por la Cámara de Delegados, nuestra directiva ha adquirido de la Asociación Médica Americana, cierto número de insignias para automóviles, que llevan al borde el nombre de nuestra Asociación, y las cuales se distribuirán solamente entre los médicos asociados.

Estos nuevos emblemas se expenderán a \$2.50 cada uno.

Todo compañero que desee hacerse de una o más de estas insignias deberá dirigirse al suscribiente, acompañando a su orden el importe de las mismas.

Dr. Antonio Ortiz
Tesorero



Preparado con aceites de hígados de pescado de alta potencia vitamínica. Cada glóbulo contiene: Vitamina A, 8,500

unidades internacionales; Vitamina D, 1,700 unidades internacionales, en aceite de hígados de pescado, 0.18 cc.

GLOBULOS HEPICOLEUM COMPUESTO

(VITAMINAS A, B₁, B₂, C, y D, LILLY)

Para el tratamiento o la profilaxis de avitaminosis múltiples. Cada glóbulo contiene: Vitamina A, 6,200 unidades internacionales; Vitamina D, 900 unidades internacionales (contenidas en aceite de hígados de pescado, 0.2 cc.);

Vitamina B₁, 50 unidades internacionales; Vitamina B₂, 10 unidades Sherman; Vitamina C, 200 unidades internacionales (Ácido Ascórbico, 10 mg); Reactivo de Lloyd, c.s. para hacer un glóbulo.

Lilly

ELI LILLY AND COMPANY
INDIANAPOLIS, INDIANA, E. U. A.

BOLETIN

DE LA

ASOCIACION MEDICA DE PUERTO RICO

ORGANO OFICIAL

PUBLICACION MENSUAL

Ave. Fernández Juncos, Parada 19

Santurce, Puerto Rico

Entered as second class matter, January 21, 1931 at the Post Office at San Juan, Porto Rico, under the act of August 24, 1912.

INDICE

	PAGINA
One hundred cases of Bilateral Artificial Phneumothorax, Preliminary Report - L. R. Gaetán, M. D., Río Piedras, P. R.....	123
Diagnóstico y tratamiento de los traumatismos internos, Raúl Pietri, M. D., New York, N. Y.	130
An Evaluation of the Signs and Symptoms of Acute Appendicitis, Kermit Brau, M. D., Cabo Rojo, P. R.	138
Ovulación-menstruo y concepción a la luz de la endocrinología, V. Gutiérrez Ortiz, M. D., San Juan, P. R.	141
Annual Report of the Biological Laboratories of the Department of Health of Puerto Rico - Fiscal Year 1936-37, O. Costa Mandry, M. D. San Juan, P. R.	150
Noticias Médico-sociales	169

SUSCRIPCION ANUAL TRES DOLARES

Casa Baldrich, San Juan, P. R.

HARVARD UNIVERSITY
SCHOOL OF MEDICINE AND PUBLIC HEALTH
LIBRARY
30 JUN 1938

NUESTRO CONCEPTO DE LA ETICA

Jarabe Neo-IRON
Elixir Neo-IRON
Jarabe Neo-IRONO
COMBINAD
Yod-IRON

ANTI-ANEMICOS, DE SABOR
AGRADABLE Y OPTIMOS
RESULTADOS, AL SULFATO
DE HIERRO (FERROSO)
Y COBRE.

AFLEG LABORATORIES

A. F. FLEG LEGRAND, FARMACEUTICO

APARTADO 326

SAN JUAN, P. R.

Especialidades Farmacéuticas de Alta Calidad,

SOLO HAY una persona que sabe hacer uso adecuado de los medicamentos y preparaciones farmacéuticas; esa es

EL MEDICO

Al médico va dirigida nuestra propaganda e información sobre nuestras especialidades. A él le garantizamos la exactitud, pureza, escrúpulo y cuidadosa manipulación en el proceso de manufactura de nuestros productos. A él le mostramos nuestras fórmulas. Para nuestros productos no hacemos reclamos de virtudes exageradas.

El médico, con la fórmula a la vista y con la anterior garantía, sabrá del mejor uso y aplicación de nuestros preparados.

Nuestros hábitos y escuela profesional no nos permite actuar de otro modo y ni siquiera sobre esta base, pretendemos recabar del médico nada que no se funde en su propio convencimiento y experiencia con nuestras especialidades.

Así le invitamos cordialmente a que nos solicite muestras y las ensaye.



GLEFINA



PODEROSO RECONSTITUYENTE

FORMULA

Cada 100 c. c. de GLEFINA contiene:

Glefinol	0,125 grs.
Extracto de malta	16,000 "
Hipof. de manganeso	0,036 "
" " calcio	0,036 "
" " quinina	0,014 "
" " estriénina	0,004 "
" " potasio	0,052 "
Jarabe de cacao	30,000 "
Ext. fluido de naranjas amargas	1,000 "
V. c.-s. para 100 cc. de producto.	

ANDROMACHUS CORPORATION

LONG ISLAND CITY, NEW YORK

ENRIQUE VELEZ POSADA

Calle O'Donell Núm. 12, Box 1018, San Juan, P. R.

Un Nuevo Producto MEAD

OLAC

especial para

Prematuros y Recién Nacidos

El Olac ha sido preparado de conformidad con las más modernas investigaciones científicas acerca de lo que debe ser el nutrimento óptimo para las criaturas prematuras y recién nacidas. Este nuevo alimento contiene aceite de oliva como grasa, porque según ha demostrado Holt y otros investigadores de fama internacional, el lactante lo asimila mejor que la grasa de la leche de vaca. El Olac suministra un alto porcentaje de calorías en forma de proteína (aproximadamente el 20%) con el fin de llenar las necesidades mayores de nitrógeno de las criaturas prematuras. Interesa notar que el contenido de amino-ácidos del Olac es casi idéntico al de la leche de pecho reforzada con caseína, reconocida generalmente como el prototipo de alimentación en la premadurez.

El Olac es secado por el procedimiento de atomización y consiste de 40.6% leche desgrasada, 31.7% Dextro Malto, 17.5% aceite de oliva, 10.1% caseinato de calcio y 0.1% aceite de hígado de halibut (por la vitamina A).

Administrado a prematuros, el Olac ha dado resultados tan buenos como los obtenidos con leche de pecho reforzada con caseína, y mejores que los obtenidos con las fórmulas de leche evaporada. Stoesser sumariza así su estudio con más de 200 lactantes:

"Tanto los prematuros de tamaño pequeño como los de mayor peso lo asimilan muy fácilmente sin apenas trastornos digestivos y en consecuencia ganan rápidamente en peso. La pérdida fisiológica de peso, queda reducida a lo mínimo, y el niño se desarrolla tan rápidamente que en poco tiempo pesa lo suficiente para darlo de baja como prematuro."

Hemos recibido también muchas comunicaciones en el sentido de que el Olac da magníficos resultados en la alimentación general infantil.

Enviaremos muestras y literatura de Olac a los médicos que las pidan.

MEAD JOHNSON & COMPANY
EVANSVILLE, IND., E. U. A.

Representante: ENRIQUE VELEZ POSADA
Apartado de Correo No. 1018 - San Juan, P. R.



Prepárese rápidamente mezclándolo con agua caliente.

De venta en las farmacias y boticas en latas de 460 gms. a un precio sumamente módico.



KAOMAGMA

MAGMA ALUMINAE ET KAOLINI

- adsorbe las toxinas intestinales
- detiene la diarrea
- suspende la deshidratación
- suaviza la mucosa inflamada

KAOMAGMA es una preparación del caolín medicinal más fino cuya capacidad de adsorción se ha activado varias veces por medio de la dispersión flúida en gel de óxido de aluminio. Kaomagma da firmeza y solidez a las heces líquidas e impide la disminución de la cantidad de líquidos como ocurre en los estados diarreicos. Adsorbe gases, mucosidades y toxinas bacterianas, lo que evita toda nueva irritación de la mucosa intestinal. Al mismo tiempo, su acción suaviza y protege decisivamente la membrana que tapiza los intestinos, reduciendo el dolor y la incomodidad y acelerando el retorno de la función intestinal normal.

*Kaomagma Simple y Kaomagma con Aceite
Mineral se surte en frascos de 175 c. c.*

JOHN WYETH & BROTHER INCORPORATED
PHILADELPHIA, PA., E. U. A.

MUESTRAS Y MATERIAL DESCRIPTIVO A SOLICITUD.
Distribuidores: CASTAGNET & CASTILLO CO., Box 618 (1 Tanca St.) San Juan, P. R.

CONTRIBUYE A PREVENIR COMPLICACIONES SERIAS



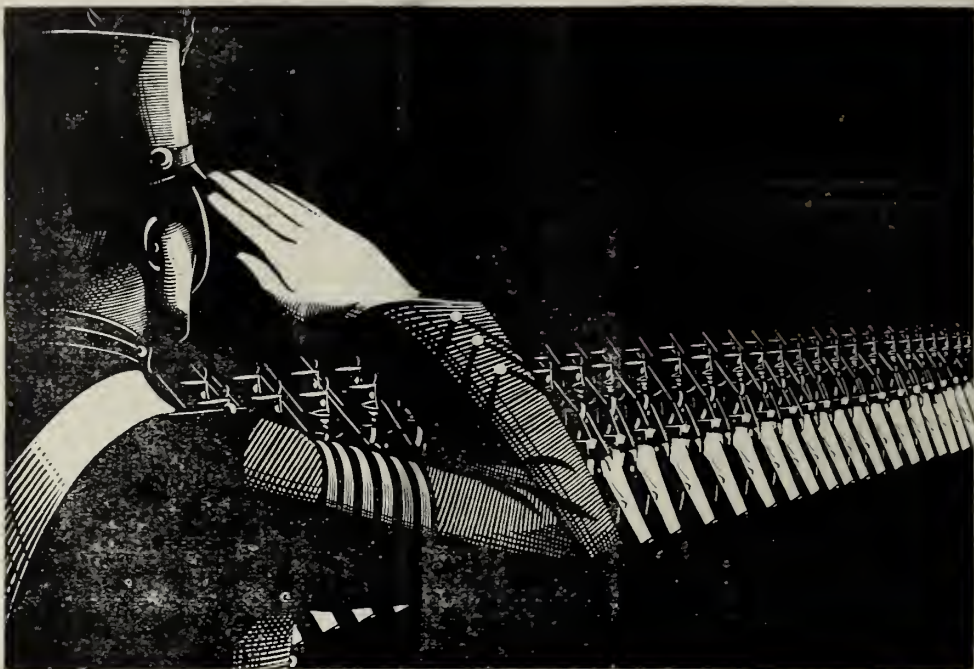
Aplicándola sobre el pecho en condiciones tales como bronquitis, pleuresía, toses, resfríos y tos ferina, el emplasto Numotizine ayuda a disipar la congestión, promoviendo hiperémia, aliviando el dolor y malestar y deteniendo aquellos estados patológicos que tanto contribuyen al desarrollo de trastornos más serios (neumonía, etc.).

En Numotizine se combinan la bien conocida acción anodina-descongestiva de un emplasto con el efecto sistemático antifebril de la absorción lenta del guayacol y la creosota.

NUMOTIZINE, INC.

900 NO. FRANKLIN ST., CHICAGO, ILL., E. U. A.





LA DISCIPLINA

“La disciplina es el desarrollo de las facultades con instrucción y ejercicio.” Cuando se descuida una función como la hora habitual de evacuación intestinal por falta de disciplina o inteligencia, se necesita una educación cuidadosa para que recupere su estado normal . . . Petrolagar ha demostrado ser un medio agradable y eficaz para ayudar al establecimiento de la disciplina intestinal. Como se mezcla con el contenido del intestino, Petrolagar aumenta el volumen de las deposiciones reduciéndolas a una masa blanda que sale fácilmente . . . Petrolagar se prepara en cinco tipos que proporcionan al médico una variación en el tratamiento según las necesidades individuales de cada paciente. Petrolagar Laboratories, Inc., 8134 McCormick Blvd., Chicago, Ill., E. U. A.

Petrolagar es una emulsión mecánica de petrolato líquido puro (65% por volumen) y de agar-agar. Aceptado por el Consejo de Farmacia y Química de la Asociación Médica Americana para el tratamiento del estreñimiento.

Petrolagar

MUESTRAS Y MATERIAL DESCRIPTIVO A SOLICITUD.
Distribuidores: CASTAGNET & CASTILLO CO., Box 618 (1 Tanca St.) San Juan, P. R.

HIERRO



PLASTULES HEMATOGENAS CONTRA LA ANEMIA

Una dosificación pequeña, la fácil asimilación y resultados excelentes, todo esto constituye peculiaridades de las Plástules Hematógenas. La dosis diaria que se recomienda, de sólo tres Plástules Hematógenas Simples, es por lo general suficiente para inducir una reacción temprana en los casos de anemia secundaria. Las Plástules Hematógenas evitan la necesidad de administrar oralmente grandes cantidades de hierro, estimulan al paciente a que coopere con el médico y provee una forma económica de medicación ferrosa . . . Se invita a los médicos a que pidan muestras e impresos sobre las Plástules Hematógenas Simples y las Plástules Hematógenas con Extracto de Hígado.

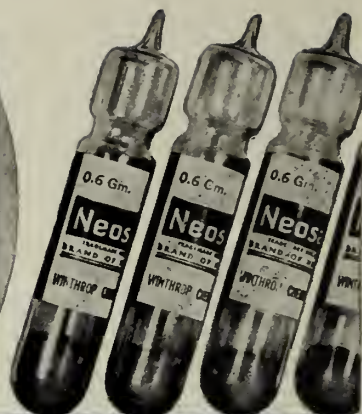


THE BOVININE COMPANY • CHICAGO, ILLINOIS, E. U. A.

MUESTRAS Y MATERIAL DESCRIPTIVO A SOLICITUD.
Distribuidores: CASTAGNET & CASTILLO CO., Box 618 (1 Tanca St.) San Juan, P. R.

Specify
NEOSALVARSAN

... not just
"NEO"



AFTER the introduction of Salvarsan, its originator—Ehrlich—turned his attention to the production of an arsenical anti-syphilitic in a form more suitable for general use. The product resulting from his investigations was named Neosalvarsan.

The experience and skill gained during many years in the manufacture of Neosalvarsan have resulted in a product of high therapeutic potency.

Before it leaves the laboratories every lot of Neosalvarsan is subjected to the trypanosome test to assure its spirocheticidal activity.

Scrupulous care is exercised to produce an arsenical that is safe as well as effective. The safety margin of Neosalvarsan is at least 50% greater than that demanded by the U. S. Public Health Service.

Hence, "Neosalvarsan" is a distinctive product — **not** to be termed just "Neo".

PRICES DRASTICALLY REDUCED

NEOSALVARSAN

Trademark Reg. U. S. Pat. Off. & Canada

Brand of NEOARSPHENAMINE

Write for illustrated booklet:

"Syphilis: Suggestions on Technic and Schedules of Treatment."

WINTHROP CHEMICAL COMPANY, INC.

Pharmaceuticals of merit for the physician

NEW YORK, N. Y.

WINDSOR, ONT.

Factories: Rensselaer, N. Y. — Windsor, Ont.

591M



Agents:

PROPRIETARY AGENCIES, INC.

21 Comercio St.,

San Juan, P. R.



BOLETIN DE LA ASOCIACION MEDICA

DE PUERTO RICO

PUBLICADO MENSUALMENTE BAJO LA DIRECCION DE LA JUNTA EDITORA

Año XXX

ABRIL, 1938.

No. 4

ONE HUNDRED CASES OF BILATERAL ARTIFICIAL PNEUMOTHORAX

PRELIMINARY REPORT *

L. R. GAETAN, M. D. **

Río Piedras, P. R.

In the mind of many physicians the use of bilateral artificial pneumothorax stands as the answer to the treatment of advanced bilateral pulmonary tuberculosis; to others, it is a complete failure. These two extreme ideas are usually due: in the first instance, to an over optimistic view, after seeing successful results in a few isolated cases; in the latter, it is due to an over pessimistic view, after seeing a few failures. To dispel these extreme ideas is that we have undertaken the study of one hundred such cases from different points of view.

Forlanini, in 1911, reported two cases of bilateral artificial pneumothorax, but both were a failure. The first satisfactory results were reported by Ascoli in 1912. Saugmann, in 1921, reported seven cases with satisfactory results in only one case. Rist and Chabaud reported, in 1926, twenty cases with six satisfactory results and seven

deaths. Pollock, in the States, has reported successful cases in 1930 and 1935.

Until quite recently, bilateral artificial pneumothorax was considered a medical curiosity. Even thou Ascoli had already proved in 1912 that a selective hypotensive pneumothorax was more effective and best tolerated type of pneumothorax than a complete collapse, his ideas were not well interpreted and applied in bilateral pneumothorax. That this form of treatment is bound to become very popular is bear out by the number of unilateral cases in which the contralateral side becomes involved under treatment. In our series, this was found to be the case in fifty of them.

The value of this form of therapy can be appreciated better if we recall the statistics reported by Barnes and Barnes after a study of 1454 cavity cases. They showed that 80% of these cases die within a year; and 90% of them die within five years, with an average duration of life of 15.8 months. In 17 cases, with more than three cavities, none lived more than a year. If

* Read at the Annual Meeting of the Puerto Rico Medical Association, December 19, 1937.

** From the Department of Thoracic Surgery of the Insular Sanatorium, Río Piedras, P. R.

this is the problem we are confronted with, what can we do but to try to get the clinical improvement of these patients, prolong their lives, and in some instances even arrest the disease?

In order to simplify our study and gather statistics, we have divided our cases in several groups trying to analyze the reasons for the results obtained. The first group comprises general statistics; the second group consists of cases in which the sputum was rendered bacilli-free; the third group, the cases in which the sputum remained positive; and the fourth, the cases who died.

Our general statistics show that the great majority of our cases, 59% of them, were between 20 and 30 years of age; 21% between 10 and 20 years of age; 16% between 30 and 40 years of age and only 4% were over 40 years of age. There were 65 males and 35 females. Seventy-nine were white and 21 colored. The only important figure up to here is that 80% of our cases died within the first three decades of life. This is an important factor due to the fact that, as a rule, the myocardium is not damaged in these years of life unless there is some cardiac involvement per se. A good functioning myocardium is an indispensable requisite in order that the reduction in the area of oxygenation can be compensated for.

In regard to the chronicity of the years and twelve percent more than disease prior to the establishment of bilateral collapse, we find that 68% of the cases received the benefit of this

type of treatment at least one year after the first symptoms were noticed. Twenty percent of the cases waited two years and twelve percent more than two years before treatment was begun. The havoc which can be brought about by prolonged toxemia is directly proportional to the length of time the patient goes without treatment. The fact that 68% of the cases sought medical care within one year after appearance of first symptoms explains, in part, the success which we have obtained with this form of treatment.

All of our cases showed extensive pathology as evidenced by the number of far advanced cases which reached 95% of them, while only 5% could be classified as moderately advanced. Of these cases, 84% had bilateral cavitation; 13% unilateral cavitation and 3% no cavitation.

Pleural adhesions were present in 73% of the cases. Internal pneumonolysis was performed in 40 of them. We found many cases in which the adhesions did not hinder a satisfactory collapse. This is proved by the fact that 46% of the cases which turned negative had adhesions.

Sputum was converted in 41% of the cases; 45% remained positive and 14% died. These cases will be analyzed in separate groups later.

The complications encountered in this type of treatment are identical to those met in unilateral cases. Serous pleural effusions appeared in 65 of the cases, of which 7 later became purulent but none of the mixed type empyema. In only one instance was there a bilateral effusion. In 9 cases we had accidental pneumothorax being this the

cause of death in 5 cases. These figures are more or less the same as those found in unilateral cases. Of these the occurrence of accidental pneumothorax makes the picture somewhat different due to the danger of a total sudden collapse when the contralateral side is partially collapsed. If the case is watched carefully, as has been the conduct followed in our series of cases, there should not occur any sudden deaths. Accidents of this nature are usually due to a slight wound of the lung parenchyma by the needle of the operator. The accumulation of air is slow, giving time for the physician to help the patient as soon as dyspnoea establishes itself. When death occurs, it usually does a few days after the accident, and most probably is due to failure of the myocardium. The age of the patient is a factor of great importance in the prognosis of this accident. After forty years of age it should be taken as a very serious complication.

The analysis of the 41 cases in which the sputum was rendered bacilli-free shows that 36 of these were within the ages of 10 and 30; three between 30 and 40 years of age, and only two were past forty. Once more we see the importance of age in relation to satisfactory results. This shows that 83% of these cases were in the ages where the myocardium is at its best, giving a better compensation to cope with a collapse of this nature.

Twenty nine of these cases were male and twelve female. Thirty-five were white and six were colored. The disease was classified as far advanced in 36 of them and moderately advanced

in the other five. In the whole number of cases studied, only five were moderately advanced and in all of them the sputum became negative after treatment. This shows that the extension of the disease is of great importance to be successful with this type of therapy.

In this group, 80% received this type of treatment within a year after first symptoms were noticed. This is another factor of great importance, for the earlier the collapse is established, there is apt to be less damage to the system and less chance for the extension of the process to the larynx and gastro-intestinal tract.

Adhesions were present in 46% of these cases needing the help of internal pneumonolysis in 30% of them. In direct relationship with the frequency of the presence of adhesions, we find, that only in 7 of the cases was it possible to obtain a selective collapse in both sides; selective on the right side in 12 cases; and 6 on the left side. This makes a total of 32 selective collapse or 78% of the satisfactory cases.

The ideal thing in bilateral artificial pneumothorax would be to obtain a selective collapse in both sides. Since Ascoli demonstrated that a low tension pneumothorax collapsing only the diseased portion of the lung was the ideal type of collapse, the use of bilateral collapse has progressed rapidly. Even if a selective collapse is obtained only on one side, the compression on the contralateral side can be intensified without the patient experiencing any difficulty from the reduction in the pulmonary respiratory area. The failures with this type of treatment is in many instances due to the inability to obtain

this type of collapse. We will see later when we analyze the cases in which the sputum remained positive, that only in three instances it was possible to obtain a selective collapse.

The rate at which the sputum was converted in these cases was also studied, taking as a basis the date in which the second pneumothorax was started. In 29 cases or 70% the conversion was brought about during the first six months; 10 cases had to have treatment for a year and in two cases more than one year was needed to bring about the change. This data is in accordance with similar figures obtained by us in a study about sputum conversion in unilateral cases. That time like now we found that in the great majority of cases the sputum is converted during the first year after establishing the artificial pneumothorax, and that after this lapse of time, unless there are adhesions to section or some special indication, the pneumothorax should be abandoned.

The number, localization and size of the cavities have also been subject of study. In the 41 cases which turned negative, a total of 79 cavities were counted, being these bilateral in 25 cases. The localization of predilection as was to be expected was apical and infraclavicular region. Only 9 cavities were found in the middle third of the lung and in only one instance was a cavity located in the base. It is seen then, that cavities in the upper third of the lung are the most amenable to collapse.

The size of the cavities plays also a very important role in the prognosis of the disease with or without treatment.

In our satisfactory cases we found 9 cavities measuring 1 cm. in diameter; 30 cavities measuring 2 cm. in diameter and 20 measuring 3 cm. In other words, 73% of the cavities in this group did not reach 3 cm. in diameter. There were only 18 cavities of 4 cm. in diameter and 2 of 3 cm. in diameter. Farther on we will see how in the cases which remained positive and those which died, this order is inverted. The average size of the cavities in this group was 2.6 cm. in diameter.

The cases considered as bacilli-free have been negative for at least three months and the sputum examined by concentration method. In 12 of our cases the sputum has been negative for three months; in 9 cases for 6 months; in 13 cases for 6 months to one year and in 7 cases for more than one year. This means that 70% of the negative cases have been so for more than 6 months which entitles to call these cases arrested. If we compare these results with the statistics given by Barnes and Barnes in cases of this sort we can see without any difficulty that bilateral artificial pneumothorax is a life saving procedure.

In all the cases the conversion of sputum has been accompanied with a marked improvement in the well being of the patient. The great majority of these cases, that is, 33 of them are already ambulatory cases who receive their insufflations at the different Antituberculosis Centers in the island. In our Sanatorium we have three cases rendering satisfactory work like other normal employees. Those who are still hospitalized are allowed to stay due to poor economic conditions at the pa-

tients' homes or because they are considered difficult cases to control as ambulatory cases.

The complications in the negative cases were as follows: simple serous effusion in 15 cases, tuberculous empyema in two cases and accidental pneumothorax in 3 cases. These complications were tolerated by the patients. These cannot be only attributed to the inherent resistance of the patient, but also to the skill with which such complications were managed by the operator.

The cases in which the sputum persisted positive were studied in the same manner as the above in order to establish an exact comparison.

In the age groups we find that 77% of the cases were between the age of 10 and 30, while in the negative group this percentage was 87. Those above 30 years in the positive group was 20%, while in the negative group it was only 7%.

As to sex and race there was no appreciable difference. All the cases were of the far advanced type.

The more the initiation of the pneumothorax is postponed, the prognosis grows worse as is shown by the fact that 60% of these cases came to the doctor within the first year of the disease, while in the negative group the percentage was 80.

One of the greatest obstacles in the establishment of a satisfactory pneumothorax is the presence of adhesions. In this unsatisfactory group, 80% had adhesions in comparison to 46% in the negative group. In 20 of these cases an internal pneumonolysis was tried but without good anatomical results. Due to this fact this group showed only

three cases in which a selective collapse was obtained.

Bilateral cavitation was observed in 32 of the cases in comparison to 25 cases in the negative group. A total of 93 cavities were counted in these cases. Once more the apical and infraclavicular region were the sites of predilection for the formation of cavities, while in the negative group only 9 cavities lied in the middle third of the lung field. In the positive group this number is doubled to 18, and two cases showed basal cavities. Cavities in the middle third of the lung and in the base are universally admitted as to control even in unilateral cases where positive pressures can be used. Being this type of compression impossible to maintain in a bilateral pneumothorax case it is clear that failure is imminent.

When one compares the size of the cavities in both groups a great difference is noticed. While in the negative group 73% of the cavities did not surpass a diameter of 3 cm., in the positive group this percentage is only 49. In the other extreme we find that in the positive group 32 cavities measured 4 cm. in diameter; 9 measured 5 cm.; and six of them were 6 cm. in diameter. The average size of the cavities in this group was 3.2 cm. These figures speak for themselves and can be dismissed without comment.

The complications in this group consisted of 13 serous effusions: 2 tuberculous empyemas and one accidental pneumothorax.

All these cases have been under treatment more than three months; 14 of them from 3 to 6 months, and 21 from 6 months to 1 year. In all the cases a cavity remains open. The pneu-

mothorax is maintained whenever there is some hope of obtaining a better collapse. In many instances there is clinical improvement in spite of a persistent positive sputum. In other instances when the lesions are too wide-spread the artificial pneumothorax makes the patient feel worse, as evidenced by the loss of weight, dyspnoea on the slightest exertion, and definite run down course. We feel that in some cases an unsatisfactory collapse may to a certain extent prevent the progress or extension of the disease in the lung or spread to other organs.

The cases where death supervene did not show any data of importance as to age, sex or race.

The duration of illness before treatment was started is a factor of great importance as shown by the fact that not in a single instance did any of these patients come to the doctor within the first three months. In the negative group, 11 cases were seen during the first three months of the disease, and in the positive group only one. Although treatment started within the first year has all the probabilities of being satisfactory, the earlier this is started the brighter is the outlook.

In these 14 cases, 35 cavities were observed. In 11 instances the cavitation was bilateral. There were four of them in the middle third of the lung field, and in two instances they were close to the hilar region; localization which makes control extremely difficult.

In 65% the cavities were above 3 cm. in diameter. In this group we find for the first time cavities above 5 cm. in diameter.

Four of them were 6 cm. in diameter and three of 7 cm. in diameter. Cavities of this size are almost impossible to collapse in unilateral cases, so much more hopeless is the case where the contralateral side is involved. The average size of cavities in this group was 4.1 cm.

Accidental pneumothorax was the cause of death in five instances. One of these occurred after an internal pneumonolysis. As we have pointed out before, the prognosis after this accident depends on the resistance of the patient, the age of the patient, the toxicity and skill of the operator. In this group with so many factors against the patient, it is not a surprise that five should have died.

Fatal hemoptysis was the cause of death in four instances. All these had open giant cavities.

The cause of death in four cases could only be attributed to the state of toxicity of the patient. In this small group, 3 cases had almost complete involvement of both lungs. In one case of empyema death was attributed to extreme toxemia and probable amyloidosis.

In this group three cases lived from one to 3 months after pneumothorax was started; four cases lasted from 6 months to one year and two cases from one to two years. This means that 27% of them lived for a year. If we compare these figures with those of Barnes and Barnes in cases with more than three cavities in which none lived over a year, we can see that artificial pneumothorax prolonged life, and to certain extent, a chance was given to these patients to try some form of the-

rapy. These cases inevitably would have died within a year, therefore, bilateral artificial pneumothorax did not hasten their exitus.

From our study we have been able to determine that bilateral artificial pneumothorax is a valuable therapeutic measure and devoid of great danger when carried on properly. The final result depends of several factors of which the most important are the following: (1) satisfactory collapse, (2) -proper selection of cases, (3) frequency of accidents, (4) cooperation between patient and physician, (5) skill and interest shown by the operator.

The high percentage of adhesions in these cases is the most common cause of the failure in obtaining a satisfactory collapse. With the aid of internal pneumonolysis many pneumothoraces have been made satisfactory, but in many instances the adhesions are not amenable to sectioning.

The most favorable cases are those in which the lesions are limited to both upper thirds of the lung fields. This indication must not be too strict and absolute, for there may be a little more extensive cases which may lose a chance of trial with this form of therapy if we are too strict in our indications.

Whenever the clinical picture should permit and within the limits of same

medicine, every bilateral case should be considered as a candidate for bilateral artificial pneumothorax. The size and localization of cavities should also be used as guides in the indications.

When complications appear they must not be signals to abandon the artificial pneumothorax, but signals to increase our zeal and use all our intelligence in order to steer the patient to a safe harbor. In our negative group, 36% developed an effusion and yet pneumothorax was continued successfully. Two cases developed empyemas, and three had accidental pneumothoraces without fatal outcome. In these instances is where the factor of cooperation between patient and physician and skill of the operator plays its role. These cases must be treated intelligently in order to win the confidence of the patient, without which, failure may be sure. The management of bilateral artificial pneumothorax cannot be learned in textbooks; it is learned in the daily experience of close contact with this type of patient.

In conclusion we re-assert that bilateral artificial pneumothorax is a valuable measure and an effective one in certain cases of advanced bilateral pulmonary tuberculosis in which the prognosis would be very somber if treated conservatively.

BIBLIOGRAPHY

- 1—Carman, H. F., *Am. Rev. Tbc.* Vol. 33—P. 491.
- 2—Corsello, J. N., & Bruckheimer, R. N., *Ibid.* Vol. 33—P. 502.
- 3—Kaminsky, J., *Ibid* 24 P. 238.
- 4—Barlow, N. & Kramer, D., *Ibid* 6 P. 75.
- 5—Kinsella, T. J. & Mattill P. M. *Ibid.* 16 P. 655.
- 6—Pollock, W. C. & Marvin, H. P. *Ibid* 26 P. 709.
- 7—Pollock, W. C. *Ibid* 29 P. 284.
- 8—Serio, P. *Ibid* 18 P. 109.
- 9—Barnes, H. L. & Barnes L. R. P. *Ibid* 18 P. 412.
- 10—Pollock, W. C. *Annals Int. Med.* Vol. VIII P. 1302.
- 11—Alexander, J.—*The Collapse Therapy of Pul. Tbc.* 1937.
- 12—Dumarest, F. *La Pratique du Pneumothorax*, 1929.

DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LOS TRAUMATISMOS INTERNOS

RAUL PIETRI, M. D.

New York, N. Y.

No es el propósito de este trabajo discutir las fracturas del cráneo, sino presentar aquellas condiciones patológicas que son el resultado de golpes recibidos en la cabeza con suficiente intensidad para producir síntomas perceptibles que acusan la presencia de un disturbio intracraneal. Estas condiciones únicamente me interesan cuando de por sí contribuyen a la patología cerebral, ya que, en la mayoría de los casos sólo son una indicación de la intensidad del golpe como lo sería un hematoma del cuero cabelludo. Y empiezo con esta distinción para darle el mayor énfasis posible, porque en el pasado y todavía en muchas partes todo lo que le interesa al cirujano saber es si existe o no fractura.

Con excepción de los hematomas sub-urales, las grandes hemorragias sub-aracnoideas y las fracturas deprimidas del cráneo, la patología cerebral no puede clasificarse como se pueden clasificar las encefalitis, las degeneraciones de sistemas, u otras enfermedades del sistema nervioso. Desde la contusión sencilla hasta las grandes contusiones y laceraciones, se pasa por todo grado de traumatismo — es más, pudiera decirse que cada caso es un grado distinto de todos los otros.

Como todos ustedes saben, un golpe a la cabeza que solo produce una tran-

sitoria pérdida de conocimiento no demuestra patología visible alguna. Si la intensidad es algo mayor puede venir una ligera éstasis de las vénulas con dilatación de los capilares resultando en pérdida de líquido dentro de los espacios perivasculares de Virchow y finalmente aumento en la presión intracraneal.

Si el traumatismo es algo más serio, entonces tenemos escape de células rojas dentro de estos mismos espacios perivasculares — lo que llamamos hemorragias de sortija. Estas son más frecuentes en la región de los ganglios basales pero pueden encontrarse en todas partes del cerebro. Muchas veces en la corteza, debajo de aquella parte del cráneo que sufrió el golpe encontramos extravasaciones mayores, confluyentes o no, y mas o menos extensas. Podrían compararse con las contusiones de la piel donde hay tejidos blandos como los párpados. Estas extravasaciones pueden ocurrir en el lado opuesto al golpe (de contre-coupe) y también se encuentran debajo de los lóbulos temporales y frontales donde presentan, al cortar la convolución, una superficie triangular. En la periferia de estas contusiones se verán hemorragias microscópicas de sortija, las cuales también aparecen en menor concentración, en otras regiones distantes. Estas extra-

vasaciones corticales a veces están cubiertas de una fina capa de sangre debajo de la pía. Naturalmente, el edema cerebral que las acompaña puede ser serio, o el individuo quizás muera sin haberse desarrollado una presión intracraneal alta.

Acompañando a las lesiones más serias de las arriba mencionadas, encontramos una ligera coloración del líquido céfalo-raquídeo (uno o dos por ciento). Pero las hemorragias sub-aracnoideas francas son el resultado de laceraciones del cerebro, laceración de una de las venas que pasan de la corteza a los senos venosos o ruptura de uno de estos últimos. Usualmente existe daño considerable del cerebro propio pero pueden presentarse casi como única patología. Estas grandes hemorragias subaracnoideas frecuentemente causan aumento de la presión intracraneal y siempre provocan una reacción mas o menos seria de las meninges.

Los hematomas sub-durales son muy interesantes en su desarrollo. Ocurre la hemorragia debajo de la dura pero por fuera de la aracnoidea — por lo cual no se mezcla la sangre con el líquido céfalo-raquídeo. Se coagula y después de dos semanas este coágulo principia a licuarse resultando al cabo de un tiempo mas o menos largo en una acumulación de líquido espeso de presión osmótica muy alta. Separando este líquido enquistado del líquido céfalo-raquídeo se encuentra una membrana que es mayormente aracnoide y que actúa como una membrana semipermeable. Por ser la presión osmótica mucho mayor en el pseudo-quiste hemorrágico, poco a poco, a través

de dicha membrana va pasando líquido de modo que aumenta en tamaño hasta producir síntomas alarmantes que terminan, si no se interviene, en la muerte. Las fracturas deprimidas del cráneo, si no van acompañadas de laceración de la dura, raras veces causan daño directo al cerebro. Por el contrario, si la dura ha sido perforada, la masa encefálica estará invariablemente lacerada y en las inmediaciones se encontrarán extravasaciones y edema.

Muchísimo mas se podría decir sobre esta fase de nuestro tema pero como quiero darle más énfasis al diagnóstico y tratamiento, voy a limitarme a ese ligero resumen de la patología.

Supongamos ahora que tenemos un paciente que nos lo traen al hospital después de un accidente. Puede que esté inconsciente o no lo esté, pero si no lo está es importante saber si perdió el conocimiento y por cuánto tiempo, pues la seriedad del caso varía directamente en proporción al período de inconsciencia. Si está en estado de "shock" no debe tocarse, solo se trata el "shock" y se atiende, de la manera más sencilla, cualquier herida sangrante. Aquí es importante advertir que la morfina está enfáticamente contra-indicada. No importa lo profundo del "shock"; no importa la violencia de los movimientos. Todos los derivados del opio deben evitarse, primero porque contraen la pupila, segundo porque aumentan la presión intracraneal, tercero porque nublan el cuadro clínico y cuarto porque deprimen la respiración. Cada una de estas razones es lo suficientemente importante para descartar en absoluto el uso de la morfina.

La costumbre en muchos hospitales de llevar estos golpeados a la sala de rayos-X inmediatamente o tan pronto pasa el "shock" no puede ser lo suficientemente condenada. ¿Qué se consigue con una radiografía? Si hay fractura deprimida con el cuero cabelludo intacto ésta casi siempre puede palparse y además no debe operarse hasta que el paciente no esté en franca convalecencia. Si fuera una fractura compuesta, el dedo enguantado le dará al cirujano toda la información que desee. La presencia de otro tipo de fractura no modifica el tratamiento y por lo tanto el descubrirla en la radiografía en nada ayuda. Solamente podría considerarse de valor diagnóstico una fractura lineal en la región de la meníngea media cuando se sospechara un hematoma subdural. En otras palabras, la radiografía es innecesaria en la mayoría de los casos pero la familia y los jurados las exigen y conviene hacerlas cuando el estado general del paciente lo permita.

Una vez que la presión arterial haya subido a cien o ciento diez la posición del paciente se cambia, elevando la parte de arriba de la cama a un ángulo de 45 grados. Esto contribuye a bajar la presión intracraneal. Si ahora principiara el paciente a ponerse violento y difícil de manejar se amarra a la cama, con muñequeras y tobilleras y una sábana doblada a través del pecho. En caso de que fuera necesario un sedante prefiero el cloral por la boca o por vía rectal, y si no fuera posible usar esta droga entonces no queda más remedio que recurrir a los barbitúricos, amital sódico o fenobarbital sódico, por la vía intramuscular. Estos úl-

timos también deprimen la respiración y conviene usarlos lo menos posible.

Una vez terminado el "shock" se procederá al examen neurológico y de los demás sistemas. Si este examen no revela síntomas focales que lleven a la sospecha de un hematoma sub o epidural, conviene hacer inmediatamente una punción lumbar para determinar la presión intracraneal y ver si hay o no sangre en el líquido sin importarnos lo que diga el fondo del ojo ya que la pupila no principia a nublarse antes de veinticuatro horas y esto tan solo sucede cuando la presión es excesivamente alta. Al contrario también de lo que los textos anteriormente predicaban, la presión arterial y el pulso no guardan una relación directa con la presión intracraneal. He visto muchos casos con pulso lento, hasta en niños, cuya mentalidad estaba enteramente clara y la punción ha resultado negativa, y por el contrario, casos con pulso normal de 70 a 80 o más cuya presión estaba aumentada. También he visto frecuentemente la presión arterial subir cuando la intracraneal está bajando y vice versa. Entre la presión arterial y el pulso prefiero este último como índice, pero no debe uno guiarse sólo por estas dos observaciones, sino por el cuadro en general y muy especialmente por el grado de lucidez o de inconsciencia.

La temperatura elevada es un signo de mal pronóstico, especialmente si persiste la inconsciencia y la irritabilidad marcada. Cuando hay rigidez del cuello podemos estar seguros de encontrar un líquido muy contaminado en sangre y siempre indica una lesión de gravedad. Los hematomas subdurales no son difíciles de diagnosticar si se

tienen en mente. Casi siempre entra el individuo por sus pies al hospital después de haber sufrido un golpe de cabeza al cual siguió o no siguió, un corto período de inconsciencia. Al cabo de algunas horas, se queja de cefálea intensa y la mentalidad se va nublando. El examen demuestra una pupila mayor que otra, pulso lento y signos piramidales: parálisis de la cara y extremidades, Babinski, etc. Estos últimos se presentan usualmente al lado opuesto de la pupila dilatada, otras veces en el mismo lado. En la localización del hematoma la pupila dilatada tiene mayor valor que los signos motores, encontrándose casi siempre en el mismo lado de la lesión. En caso de duda, cuando la lesión es crónica y especialmente para eliminar la posibilidad de un neoplasma, una encefalografía está indicada y en la mayoría de las veces aclarará la situación. Finalmente se llegará a un diagnóstico definitivo haciendo pequeñas trepanaciones en ambas regiones laterales.

En el tratamiento de los traumatismos intracraneales la punción lumbar es, en mi opinión, el procedimiento que más valor tiene. Si consideramos la cavidad intracraneal como rodeada enteramente de paredes rígidas y conteniendo tres materias incompresibles, a saber: materia encefálica, líquido céfalo-raquídeo y sangre, si aumentamos el volumen de una de las primeras dos, la otra, que es la única que tiene acceso al exterior, tendrá que disminuir en volumen y la oxigenación cerebral bajará en proporción. De modo que, no solamente sufre el cerebro por compresión sino que también sufre por anemia. Al reducir la presión por medio de la pun-

ción raquídea disminuye la compresión del cerebro y a la vez mejora la circulación y podrá restablecerse mas rápidamente el intercambio de los productos del metabolismo normal y del anormal — este último resultado del traumatismo. Las punciones deben de repetirse tan amenudo como sea necesario, por lo menos una vez al día, hasta que la presión baje a normal y se mantenga baja. Cuando la presión está elevada solo se deja escapar líquido suficiente para reducirla a la mitad y por eso es necesario el uso de un manómetro. No conviene causar grandes cambios de presión, y hemos encontrado que bajándola solamente hasta la mitad, no existe riesgo alguno. Otro objeto de la punción es el de retirar la mayor cantidad de sangre posible. Si estuviera el líquido muy sanguinolento (30 — 50%) debe repetirse cada 6—8 horas y extraer la mayor cantidad posible dentro de la ley arriba indicada; pero, si la presión fuera normal, no hay peligro alguno en tomar todo el líquido que se escape. Hay quienes dicen que la punción lumbar provocará nueva hemorragia si se baja la presión pero no recuerdan que la presión intracraneal jamás se acerca a la arterial y nunca podría exceder a la venosa sin causar muerte. De todos modos, pasadas algunas horas del accidente, no existe riesgo alguno. Puede que la segunda punción resulte en un líquido más sanguinolento pero esto es el resultado de la posición del paciente y la sedimentación de los glóbulos rojos en el saco lumbar — si se punciona la cisterna esta observación se puede comprobar.

Una vez determinada la presión, si esta fuera alta, la cantidad de líquidos

a ingerir debe ser limitada; en los casos corrientes hasta mil cc en 24 horas, en casos más serios hasta 800 o 500 cc. Por supuesto, si hay fiebre es necesario dar mayor cantidad de líquidos — en proporción a la elevación de temperatura. Tan pronto pueda el paciente comer debe recibir una dieta seca sin café. Y hay que recordar que el colon puede absorber grandes cantidades de agua y por lo tanto no deben darse enemas isotónicas.

En cuanto a las inyecciones hipotónicas tengo que admitir que su uso no me ha dado resultados brillantes y las empleo muy de vez en cuando. Antes de fabricarse las de sucrosa, usaba la glucosa al 25% ya que había tenido reacciones desagradables con las de 50%. Desde hace algún tiempo solo uso las de sucrosa al 50% en cantidades de 100 a 200 gramos cada seis, doce o veinticuatro horas. Están indicadas principalmente en aquellos casos que presentan síntomas cerebrales graves acompañados de presión intracraneal normal o baja, casos que frecuentemente resultan fatales.

La cirugía se emplea cada día menos y menos en los traumatismos cerebrales. Para mí existen dos indicaciones que me lleven a la intervención quirúrgica inmediata, (ésto es, después de pasado el estado de "shock"), una, las fracturas compuestas y deprimidas, y la otra las laceraciones de la meníngea media. En los primeros casos es importante levantar o retirar todos los pedazos de hueso, abrir la dura ampliamente y extraer toda la substancia encefálica que esté traumatizada. (Al cerrarse la herida no se deja drenaje al-

guno; la mecha no ha de evitar infección y sí puede provocarla.) Los resultados tardíos dependen de la limpieza que se haga ya que la cicatriz varía en proporción directa a los tejidos muertos que resten dentro. Esto se ha probado no solo clínicamente sino en el campo experimental. Penfield introdujo en cerebros de perros cánulas con punta cerrada y otras con punta abierta y cortante. Las primeras dejaban en su rastro mucho tejido muerto y las cicatrices que luego se formaban eran densas y grandes. Las cánulas abiertas traían consigo finos cilindros de cerebro dejando la trayectoria enteramente limpia. Examinados estos cerebros mas tarde se encontraba solamente una ligera reacción de la glia y ninguna fibrótica.

Las hemorragias de la meníngea media pueden atacarse fácilmente usando la decompresión clásica de Cushing. Conviene no tocar hueso fracturado y trepanar cerca de la base para ligar la arteria sin provocar mayor pérdida de sangre.

Las fracturas deprimidas simples pueden esperar a que el paciente haya pasado por el período agudo y deben hacerse bajo anestesia local o avertina y anestesia local. Si se encuentra la dura intacta ésta no se toca; si estuviera lacerada se incinde ampliamente y se hace la limpieza como se describió arriba.

Los otros casos que requieren operación tardía son los de hematoma crónico subdural y éstos puede que no se diagnostiquen hasta no haber pasado semanas o meses del accidente. Y aquí conviene recordar que en personas alcohólicas y en los arterioescleróticos el

golpe puede ser tan insignificante que ni el paciente ni sus familiares lo recuerden. Una vez diagnosticado el caso debe operarse inmediatamente. Tan solo es necesario hacer dos o tres pequeñas trepanaciones con anestesia local; una en la región frontal mas adelante de la convolución pre-Rolandica, otra en la región posterior parietal y quizás otra en el hueso temporal. El contenido líquido se drena a través de estas pequeñas aberturas y la cavidad luego se lava con solución salina, dejando que entre por una y salga por otra. Años atrás era costumbre levantar una ventana de hueso (osteoplastic flap) y remover toda la membrana que rodea el hematoma pero este método drástico es innecesario en la mayoría de los casos, y por supuesto, lleva consigo una mortalidad considerable.

No he mencionado aún la decompresión subtemporal en el tratamiento de la presión intracraneal alta y ya que tengo que hablar de ella para ser completo, me limitaré a condenarla con todo el énfasis posible. Aquellos que han visto herniarse el cerebro a través de la decompresión en el hueso, comprimiéndose y lacerándose contra el borde de éste y sin permitir el escape de más de unas gotas de líquido, comprenderán enseguida la inutilidad de la operación y el traumatismo innecesario que añade. Este comportamiento de la masa encefálica bajo presión no falla; invariablemente al abrirse la dura se ataponan en el hueso, se congestiona, ocurren hemorragias diminutas y frecuentemente se desgarran la corteza.

Las fracturas de la base, igual que las fracturas compuestas deprimidas,

son distintas en cuanto a que producen una comunicación entre el interior del cráneo y las membranas externas. Estos casos tampoco requieren radiografías para su diagnóstico y no tomaré tiempo para describir los signos que todos ustedes conocen. Solo quiero recordarles que puede existir una fractura del hueso temporal con hemorragia en el oído medio sin rotura del tímpano. Por lo cual conviene examinar siempre el canal auditivo para determinar si hay sangre detrás de la membrana timpánica. Pudiera ser que al cabo de unos días, una vez absorbida la sangre, se notara pérdida (por la nariz) de líquido encefálico al bajar el paciente la cabeza. Entonces es importante determinar si viene del oído medio o de la cavidad nasal.

Las fracturas de la base en sí no afectan directamente el cerebro y su tratamiento es el tratamiento del traumatismo cerebral ya descrito. Es mas, muchos de estos casos se decomprimen ellos mismos y frecuentemente no es necesario hacer mas de una punción lumbar. Pero existe una complicación de estas fracturas que conviene tener presente: la meningitis. En las fracturas por el oído ha de esperarse en un 8% y las del seno frontal y hueso cribiforme en un 25%. Es muy poco lo que se puede hacer para evitarse en las primeras. Tan solo debe advertirse que el oído no se debe irrigar; se limpia con aplicadores estériles la parte más cercana del canal dejándose luego un taponcito de algodón estéril. Mientras esté drenando el oído, ya sea, líquido claro o sanguinolento, debe el paciente estar acostado sobre ese mismo lado. Yo nunca he visto hemorragias alar-

mantes por el oído. Cuando se encuentra sangre en el oído medio y el tímpano está intacto, este debe examinarse frecuentemente y si se viera bajo tensión, incindirse ampliamente. Esa sangre coagulada es un medio de cultivo excelente.

Cuando hay pérdida de líquido por la nariz conviene determinar si se está filtrando a través del seno frontal siendo éstos los casos que corren el peligro más grande de infección. Aquí si que la radiografía es importante y por lo general aclara el punto. El tratamiento es operatorio y consiste en descubrir el lóbulo frontal, levantarlo y entonces reparar el defecto en la dura.

Pero si apesar de las precauciones arriba descritas, se presentaran los síntomas iniciales de la meningitis, debe hacerse una punción raquidea inmediatamente y procederse al examen del líquido. Si este demuestra pleocitosis con bacterias, el caso está prácticamente perdido y se tratará de acuerdo con el organismo que haya invadido el espacio subaracnoideo. Pero si tenemos la suerte de no encontrar bacterias en el embarre la decompresión sub-temporal está urgentemente indicada sin esperar los resultados del cultivo. Yo he visto varios casos recobrar su salud gracias a una intervención a tiempo.

Pueden presentarse otras complicaciones que aunque no tan serias, son también de importancia. Me refiero a las lesiones de los nervios craneales. Estas ocurren frecuentemente con las fracturas de la base. Tratándolos en su orden numérico vemos que frecuentemente se pierde el olfato en las frac-

turas de la fosa anterior. El pronóstico es malo, casi nunca se recobra este sentido.

Por el contrario, las lesiones del nervio óptico son raras (aquí no me refiero a la papil-edema, que es un signo indirecto de presión intracraneal). Recientemente ví un joven que hacía seis meses había sido atacado en la calle quien notó la pérdida total de la vista en el ojo izquierdo al recobrar el conocimiento. Al examinar el fondo del ojo se encontró una atrofia primaria del nervio óptico y la radiografía demostró fractura del maxilar donde forma el piso de la órbita. Indudablemente una esquirla de hueso había cortado totalmente el nervio. Por supuesto, no puede esperarse mejoría. De los demás nervios los mas frecuentemente afectados son el tercero, el cuarto, el sexto y el séptimo. Este último muy amenudo con las fracturas del hueso temporal debido a su larga trayectoria a través de este hueso. El pronóstico es casi siempre bueno; al cabo de dos o tres semanas o, en casos raros, hasta seis meses, el nervio ha vuelto a su funcionamiento normal. Las fracturas a través del oído medio o interno por lo general dejan algún defecto en el oír pero raras veces lo suficiente serio para causar molestia.

Falta añadir que como resultado de traumatismos cerebrales, especialmente aquellos causados por una fractura deprimida con laceración de la masa encefálica, pueden restar parálisis, o paresis, o fascias de varias clases u otros síntomas focales.

Antes de terminar quiero mencionar una observación que he hecho frecuen-

temente. Un golpe dado por un instrumento pequeño pero no cortante que causa una fractura deprimida del cráneo con laceración de la corteza cerebral, puede ser menos serio que un golpe dado por un objeto grande o producido por una caída, esto aunque no exista una fractura linear del cráneo. En el primer caso, al ceder el hueso, la fuerza del impacto se pierde en causar una lesión que, aunque localmente seria, no abarca el cerebro entero. En el segundo invariablemente se afecta toda la masa encefálica y por lo tanto corre mayor peligro la vida.

Para concluir no quiero cansaros con un resumen de todo lo dicho, pre-

fiero traer a relucir, en pocas palabras lo que me gustaría dejar más presente: —Primero, que la radiografía es de poca importancia en la mayoría de los casos y que, a excepción de rarísimas ocasiones, puede prescindirse de ella durante los primeros días; segundo, que la morfina nunca debe de usarse; tercero, que la punción lumbar repetida con limitación de los líquidos es el método ideal para reducir la presión, mientras que la decompresión quirúrgica en nada sirve y sí frecuentemente contribuye a un desenlace fatal; y cuarto, que no existe relación constante entre el pulso, la presión arterial, el fondo del ojo y la presión intracraneal.

AN EVALUATION OF THE SIGNS AND SYMPTOMS OF ACUTE APPENDICITIS *

KERMIT BRAU, M. D.

Cabo Rojo, P. R.

In an evaluation of any disease, the source of the history is of outmost importance, specially so in acute appendicitis. When dealing with children we are dealing with patients who can not tell their stories clearly if at all, and who in the majority of cases must have them related for them by parents or nurses who much of the time either overlook the onset of the disease or misinterpret what they have seen. With negroes and country people we must bear in mind that their powers of narration and observation are usually very limited and that they usually have great difficulty in localizing subjective abdominal pain. We must do away with such unqualified statements as Moynihan's that "if pain be not the first symptom appendicitis can be excluded", and with the various and varied so called "cardinal triads" of symptoms, upon which so many and such eminent authorities express such a disparity of ideas. The fact that in children, adults over forty and negroes, whatever it may be due to, the disease is always of grave potentialities, should never be forgotten. The unpardonable sin of delay, to which purgation runs a close second, is responsible for a great number of deaths, and both together make up the bulk of the 10% mortality which we still have in appendicitis.

The most common and usual signs of appendicitis are well known to all and I need review them only rapidly before discussing their most frequent and important variations. They are:

1.—Pain, usually beginning around the umbilicus and becoming localized in the right lower quadrant.

2.—Nausea and vomiting.

3.—Tenderness and rigidity, most commonly in the right lower quadrant.

4.—Rise of temperature and an acceleration of the pulse, sometimes associated with chills.

5.—Leukocytosis with an increase in the proportion of the polymorphonuclears.

Several of these symptoms may be entirely absent or insignificant, one or more may predominate, and it is only by close observation and proper correlation that we can evaluate them correctly as we find them.

Pain. — In the majority of cases, this is the earliest, the most constant and the most essential symptom. It is usually sharp, colicky and quite severe. It begins around the umbilicus. After a period of from 6 to 24 hours it localizes in the right lower quadrant, the patient usually being able to describe this shift from "the stomach" to "the right side". As the pain continues it may become a steady dull ache, may

* Paper read at the annual meeting of the P. R. Medical Association, December 19, 1937.

assume an intermittent character or may disappear in one or two hours if the attack be mild. The temperament of the patient must always be considered, remembering that some patients complain bitterly and excitedly while suffering with a mild pain while others can endure agonizing pains with very little external manifestations. Is pain always the initial symptom?

In Maes & Boyce's series, taken from the records of Charity Hospital in N. O., La., of 250 cases of appendicitis in children 6 did not show pain as an initial symptom and in the rest there was no constancy as to where it developed. The same thing occurred in some cases in a series of 100 cases past the age of forty. In the majority of cases it begins around the umbilicus and finally becomes localized in the right lower quadrant, but sometimes this is not the case. It often remains of such a diffuse character that one is often misled. It may be referred to any part of the abdomen but the one region from which it emanates.

The cessation of pain, particularly when of a sudden nature, markedly increases the urgency for intervention. It frequently means rupture or extensive gangrene rather than that the patient's illness is over. It usually recurs more acutely when the inevitable peritonitis sets in.

Nausea and vomiting. — Among the reflex disturbances associated with appendicitis, vomiting is a prominent feature. It is observed almost constantly, the vomited matter consisting of gastric contents. Continued and protracted vomiting is rare. Either type denotes intestinal obstruction, gangrene or ruptured appendix and here

the character of the vomitus may change to bile stained or stercoraceous material. Repeated purgation is another cause of protracted vomiting.

Following pain immediately it has a valuable significance to the observant physician. Unfortunately the layman and some unlearned medical men think of but one thing when this happens: purgation. Fortunately these drugs are usually vomited. The vomiting usually subsides with the localization of the pain in the right lower quadrant.

Tenderness and rigidity. — In the early hours of the attack there is a diffuse superficial hyperesthesia all over the abdomen, corresponding to the diffusion of the initial pain. Soon it is replaced by a marked response to finger pressure developing in the right iliac fossa, often before the pain itself has become localized in that region. It is very important to realize that the tenderness may be where the pain is not. It gradually becomes intensified from the time of its appearance and at the end of 24 hours generally is at its height. The area of tenderness showing marked response to finger pressure at the beginning of an acute attack is small and is limited to the site and position of the appendix. McBurney's point in many cases represents the place of acutest tenderness. It may fit the actual location of the appendix or it may not.

The gradual amelioration of tenderness over a diseased appendix in most instances signifies a retrogression of the disease process. It may remain however as a vague tenderness over the right iliac fossa long after all symptoms have disappeared. The sudden subsidence of tenderness is usually an evidence of gangrene.

Muscular rigidity appears promptly in the wake of superficial tenderness. Like the pain it is at first diffuse but soon concentrates in the lower abdomen where it remains. Absence of rigidity is not unknown. Such is the case in mild types and in cases where the appendix is in a postcecal position.

Rise in temperature, acceleration of the pulse and chills. — Rise in temperature accompanies every acute infective appendicitis during the first day or two. This is not so in the obstructive cases. Along with this there is an acceleration of the pulse. The fever averages from 99.5° F. to 102° F. It usually begins in from 3 to 24 hours after the onset of pain and reaches its maximum in about 24 hours. Fever is no indication of the type of the pathological changes. The pulse rate is more significant though here again a pulse well below normal or a markedly accelerated pulse is no indication of the pathology present. A steadily rising pulse however is of grave diagnostic importance, as is a rising pulse with a declining temperature or a falling pulse with a rising temperature. The pulse rate varies from 80 to 120 per minute in the average case.

Chills are evidence of a constitutional reaction and are usually considered to be of great import. In C. Jeff Miller's series of 239 deaths, the appendix was found ruptured in every case in which chills occurred. Adults, particularly after forty who have had chills, almost invariably exhibit at operation extensive vascular involvement such as gangrene, mesenteric thrombosis and even pyelophlebitis. Their significance in children is much less.

Leukocytosis. — The fallacy of considering leukocytosis an index of the

severity of the disease and therefore of the necessity for immediate intervention is chiefly due to two reasons:

(1) Infection of sudden overwhelming severity may be accompanied by no rise in the leukocyte count. At times there may even be a leukopenia. The reason for this appears to be the fact that leukocytosis is an expression not only of infection, but also of the resistance of the patient.

(2) The absorption of toxins does not in many instances run parallel with the appendiceal lesion. It is not uncommon to find a higher count in an acute catarrhal appendicitis than in a gangrenous one because in the latter the efferent veins and lymphatics are thrombosed and the toxins fail to be absorbed.

CONCLUSIONS

Adequate history taking and its careful evaluation from the standpoint of its source is of as vital importance in this condition as in any other disease.

The history is at least as important as the physical examination.

The index of the response to pressure may be no index whatsoever of the extent of the lesion.

The one way to diagnose a suspected case is to diagnose it as an individual case, or by laparotomy.

The leukocyte count should not be depended entirely on for surgical intervention or be considered an index of the pathological process present, but rather be considered as confirmatory evidence to the clinical diagnosis already made.

Acute appendicitis in children under 12 years, adults past 40 and negroes is always of graver potentialities than in the rest.

OVULACION-MENSTRUO Y CONCEPCION A LA LUZ DE LA
ENDOCRINOLOGIA *

V. GUTIERREZ ORTIZ, M. D.

San Juan, P. R.

Mi propósito al presentar este trabajo es hacer una síntesis muy somera sobre algo de lo escrito en la materia y así, el mismo no tiene otro mérito, por mi parte, que el haber pasado algunas horas estudiando sobre asunto de tanto interés.

Un ligero recuerdo de la anatomía de los ovarios: El ovario aparece como un saliente a cada lado en el fondo de la cavidad abdominal, muy tempranamente en el embrión. El proceso envuelve la formación de una estructura que sirve de sostén a manera de armadura en la cual descansan y se multiplican las células sexuales. Individualmente, la ova se desarrolla primeramente en forma esférica o masa de cuerdas, (la cuerda sexual) que penetra el tejido de soporte o estroma. La cuerda sexual se divide entonces en pequeñas masas, que no son otra cosa que los folículos. Cada folículo consiste ordinariamente de un óvulo primitivo rodeado de células epiteliales. Añadid el riego conveniente y tendréis la unidad anatómica y funcional en la que completará su desarrollo la célula sexual.

De manera pues, que el óvulo, las células epiteliales circundantes y el fluído, completan la unidad reproductiva hembra, que toma el nombre de folículo de Graf.

El folículo de Graf alcanza su completo desarrollo hacia la época del nacimiento o unos pocos meses más tarde. Generalmente se cree, que en estos momentos ya el ovario posee el aporte de las células sexuales con las cuales la mujer está dotada. Es muy curioso el hecho de que no hay ulterior multiplicación de óvulos después del nacimiento: el número total de óvulos jamás es utilizado a los efectos de la multiplicación de la especie humana. Recordemos la existencia de las llamadas células intersticiales, que aparecieron ya en temprana edad embrionaria, aumentan durante la gestación y se supone que elaboran una secreción interna, mal conocida, que tiene influencia en el proceso de la preñez.

OVULACION-CUERPO LUTEO

Cuando la niña alcanza la edad de la pubertud, una estructura nueva hace su aparición en el ovario: uno de los folículos de Graf, que hemos descrito situados cerca de la superficie del órgano, se distiende debido al aumento del líquido folicular y concluye por romperse, quedando libres, tanto el óvulo, como el líquido que lo rodea. Este es el instante en que la célula sexual (óvulo) camina hacia el útero. En este momento, si se encuentra con el gérmen masculino, se fusionan y comienza la preñez. La célula madre sigue provista con cierta cantidad de determinada hormo-

* Trabajo leído ante la Asociación Médica del Distrito de San Juan, la noche del 12 de abril de 1938.

na, necesaria al sostenimiento del embrión acabado de formar. Si no ocurre la fecundación, como sucede casi siempre en la niña, todo el movimiento de la naturaleza resulta nulo, la matriz se desocupa y la niña habrá tenido su primera menstruación.

Veamos ahora, como han ocurrido las cosas en el ovario: En la ruptura del folículo de Graf, del cual se desprendió el óvulo, las células que han quedado sufren un proceso de multiplicación, cada una de ellas se llena de una sustancia parecida a la grasa, de color amarillo característico; son las llamadas células lúteas. Estas células lúteas se rodean de una membrana a la que llegan numerosos vasos capilares que garantizan la nutrición de la nueva estructura: Continuando el proceso de la multiplicación celular, se forma la nueva unidad que se conoce con el nombre de *Corpus Luteum* (cuerpo amarillo). La estructura así formada se proyecta en la superficie del ovario, asemejándose a medio guisante emplazado en dicha superficie.

¿Cuál es el ulterior destino del cuerpo amarillo? Si no ha ocurrido la preñez, el cuerpo lúteo alcanza su desarrollo máximo en dos semanas y al final de este tiempo comienza el proceso de absorción que dura próximamente dos meses, no quedando después más que una pequeña cicatriz en la superficie del ovario. Si por el contrario la preñez ha ocurrido, el cuerpo amarillo se agranda hasta su completo desarrollo, persistiendo durante cinco o seis meses, asegurando la producción de la hormona durante ese tiempo. A los seis meses de embarazo, el cuerpo amarillo tiene media pulgada; durante los últimos meses recesa gradualmente, quedando todavía,

al finalizar la preñez, como una estructura claramente perceptible.

LAS FUNCIONES DEL OVARIO

La función asignada por la naturaleza es, para el ovario, producir el elemento femenino que al recibir el beso fecundante del macho asegura la perpetuación de la especie. Es fundamental su función elaborando hormonas reguladoras al iniciarse el embarazo.

Es con la aparición de la pubertad que la situación se aclara. En este momento, dos mareas de hormonas se manifiestan, la de la hormona folicular o teelina y la del cuerpo lúteo o progesterina.

La hormona del fluido folicular teelina tiene la fórmula química siguiente: $C^{18} H^{24} O^3$. Esta hormona se encuentra en máxima concentración en el fluido folicular: su fuente principal está pues en el folículo de Graf. La teelina es producida normalmente por la hembra en cantidad excesiva y es arrastrada fuera de la economía por los riñones y los intestinos. Anotamos el hecho de que las mejores fuentes para el comercio son: la orina de la mujer embarazada y el líquido amniótico del embrión, que se obtiene de los animales sacrificados para el consumo. Se encuentra en considerable cantidad en la placenta humana y se ha comprobado también su existencia, aunque en pequeñas cantidades, en la remolacha, papas, arroz y trigo y como una curiosidad de la naturaleza en la orina y la sangre del hombre. Los extractos activos testiculares estimulan las funciones sexuales en la hembra, hecho que sugiere una

positiva semejanza entre las hormonas sexuales del macho y de la hembra.

Durante el período comprendido entre el nacimiento y la edad madura, nuestros conocimientos sobre la significación endocrínica del ovario son escasos. La niña, lo mismo que su hermano en esta primera edad, es casi totalmente neutral en cuanto se refiere al sexo; pero hay ciertas diferencias estructurales entre los dos sexos cuyas diferencias hacen pensar en la existencia e influencia de una hormona. La forma de la pelvis de la niña, cuando se acerca a la edad adulta, está anunciando su preparación para la maternidad y para el momento del parto.

En cuanto a los cambios que en el organismo de la niña pudiera determinar la remoción de los ovarios, es un hecho, que dicha remoción ha sido muy pocas veces realizada y carecemos en absoluto de información satisfactoria. Hay abundante evidencia sobre los resultados experimentados en animales, pero hemos de andar con mucho tiento al establecer comparaciones.

Algunos animales han sido privados de sus ovarios en edad temprana de la vida, antes de que estos órganos asumieran normalmente la función de la reproducción. El contraste que más tarde se observa en tales animales y aquellos a los cuales se les ha permitido el desarrollo de sus órganos con el complemento total de las hormonas, nos ofrece datos importantísimos en relación con el papel de los ovarios.

A pesar de que, como ya hemos dicho, se sabe poco de los efectos de la castración femenina en la especie humana, vamos a citar un relato muy interesante. El profesor Roberts informa sobre experimentos realizados en la In-

dia y dice: varias jovencitas privadas de sus ovarios desarrollaron una talla anormal excesiva, detalle que implica en primer término, que las zonas de crecimiento en los huesos largos, persisten más allá del tiempo en que normalmente se cierran, lo mismo que ocurre en el varón castrado. Las jóvenes a que nos venimos refiriendo, continuaron toda la vida en una condición sexual neutral, lo mismo que en los animales de experimentación. Los órganos reproductivos internos permanecieron pequeños, comprobándose la evidencia del déficit de la hormona ovárica en los genitales externos, fallando el desarrollo mamario normal, lo mismo que el de los pelos de la axila y del púbis. Es de todos conocido el caso del llamado eunucoidismo femenino, en el que los sujetos responden a la configuración descrita anteriormente. Además de las deficiencias físicas señaladas, estos casos muestran una completa ausencia de interés sentimental por el sexo opuesto. La menstruación no se establece o tarda en aparecer y cuando lo hace es en escasa cantidad. Es cosa cierta, que estos sujetos sufren de deficiencia ovárica, aunque la cuestión queda abierta a discusión para determinar si el defecto reside primariamente en la glándula sexual o en otros órganos endocrínicos, especialmente la pituitaria.

En la práctica quirúrgica se remueven con frecuencia los ovarios debido a estados patológicos. El efecto en general es, que se determina una menopausia artificial. La menstruación cesa, el útero y las mamas se atrofian en mayor o menor grado y la esterilidad queda establecida. Los sujetos generalmente aumentan de peso y hay una marcada tendencia al desarrollo de la gra-

sa en las caderas. Frecuentemente crece el pelo con la apariencia de una normal masculinidad en la cara. El nervio simpático desarrolla cierta tendencia a responder al más ligero estímulo, ocurriendo, entre otras cosas, el trastorno conocido por "llamaradas de calor". En los animales inferiores, los efectos de la privación de los ovarios en la edad que antecede a la pubertud, son bien conocidos. El resultado es comparable a la destrucción de los testículos. La condición juvenil persiste através de la vida y los sujetos permanecen sexualmente neutrales. Los órganos genitales accesorios no guardan proporción con el crecimiento del cuerpo. El estro, es decir, la atracción periódica normal hacia el macho no se desarrolla. Si la operación se demora hasta después de la pubertud el resultado es la atrofia de los órganos y la pérdida de los instintos de la reproducción. Son muy importantes los informes de Rowe y Laurence sobre sus estudios en relación con el metabolismo, en los casos de deficiencia ovárica. Lo más saliente es una reducción en un quince por ciento de la cifra del consumo de oxígeno y como consecuencia una ligera reducción de la temperatura del cuerpo, con baja de la presión sanguínea. El metabolismo de los carbohidratos está perturbado. En los animales de experimentación, el efecto de la deficiencia ovárica es una reducción del metabolismo. En términos generales los efectos ocurren en la misma cuantía que en la especie humana. Sorprendentemente en la mujer, puede ocurrir excepcionalmente, que el defecto fisiológico de la deficiencia ovárica no sea particularmente expresado en la esfera sexual. En ocasiones los deseos eróticos no señalan disminución alguna y hasta

puede que estén aumentados. De acuerdo con Rowe, la privación de las hormonas ováricas, durante los años de la reproducción normal, resulta en una peculiar tensión nerviosa e irritabilidad. El egoísmo en estos sujetos es el tono del carácter hipo-ovárico. Hiper-emocionalismo y compasión de sí mismo, van unidos con una actitud de crítica agria y en ocasiones mordaz de las condiciones que le rodean, que nunca son satisfactorias para estos sujetos.

De manera pues, que la completa destrucción de los ovarios priva a la mujer de dos hormonas; la folicular y la del cuerpo lúteo. Si se consideran individualmente las dos hormonas los resultados de la operación son ambiguos. Ahora bien, los efectos diferenciales pueden estudiarse removiendo el cuerpo lúteo, dejando intacto el folículo, cosa que pueda hacerse sin mayores dificultades. Cuando se trabaja en animales de laboratorio, lo más notable es una interferencia con el proceso de la preñez. Si la operación se practica poco después de la fecundación del óvulo, el útero prontamente pierde su receptividad y el tierno embrión pasa a través del órgano sin ganar un punto de fijación, fracasando por este motivo el proceso de anidación. Si se permite que tal anidación ocurra y luego se remueve el cuerpo lúteo, la preparación para el acomodo del nuevo ser se hace rápidamente y llega a su término, pero consecuentemente viene el aborto. Se estima que este temprano aborto es algo similar al proceso normal de la menstruación que ya hemos dicho que es debida a la pérdida rápida de la hormona del cuerpo lúteo.

En el conejillo de Indias y en otros animales, el mecanismo para la recep-

ción del óvulo fertilizado ha sido claramente estudiado. Dos factores combinados intervienen: el revestimiento del útero está influenciado por la hormona lútea recibiendo un impulso en la creciente actividad funcional: la cara interna se hace más gruesa, las glándulas de la mucosa se agrandan y el riego sanguíneo aumenta. Si la estructura sensibilizada por la hormona se estimula mecánicamente, tal como pudiera resultar por el contacto del óvulo, se produce una exageración local del proceso de la reacción decidual. De este modo es que se establece el comienzo de la estructura de la placenta. Por lo tanto si se destruye el cuerpo lúteo la reacción decidual no puede ser provocada.

Hay pruebas de que un mecanismo similar al comprobado en los animales ocurre en la mujer. Sucede en ocasiones, que el óvulo fecundado, en su camino hacia el útero, se fija en la pared de el tubo de Falopio realizándose un caso de embarazo tubárico. Aunque por esta razón el útero está dispensado de su papel en el proceso de la gestación, no obstante, su cara interna muestra los signos de la primera reacción de la preñez. Puesto que el efecto estimulante que normalmente realiza la presencia del feto sobre el útero en este caso está ausente, lógicamente puede atribuirse dicho estímulo a la hormona del cuerpo lúteo.

Debemos recordar, que faltando la fecundación del óvulo, el cuerpo lúteo regresa pronto y es absorbido. Puede ocurrir que en ocasiones persista en un estado funcional más o menos activo formándose el llamado quiste lúteo que se encuentra con frecuencia en la práctica veterinaria. En estos casos el animal no realiza más la ovulación ni siente los

requerimientos sexuales, haciéndose definitivamente estéril. Si este quiste lúteo se rompe mecánicamente el ritmo sexual se establece de nuevo. La aparición del deseo sexual es una función de la hormona folicular.

No puedo extenderme en mayores consideraciones ni recordar siquiera la larga serie de experimentos que se han hecho con las hormonas ováricas porque no hay tiempo material para ello. Basta recordar que la teelina sirve como estimulante general del sexo y en los animales inferiores despierta el celo. La progestina, por otra parte, agrega una estimulación secundaria que prepara el útero para la recepción del óvulo fecundado, regulando varios de los procesos de la preñez. Ambas hormonas juegan papel importante en la vida emocional y en la personalidad de la mujer, comparable al de las hormonas testiculares en el hombre.

MENSTRUACION

Siguiendo el orden de los tópicos enunciados en el tema, vamos a considerar siquiera sea rápidamente lo relativo a la menstruación.

De acuerdo con las ideas de un eminente autor, podría decirse que la menstruación implica un contratiempo de la naturaleza o en otras palabras: el flujo menstrual es el fracaso de la fecundación. El fenómeno no es otra cosa, que la culminación de un proceso cíclico que prontamente es reasumido. Para mejor entendimiento en su estudio puede dividirse el ciclo en cuatro etapas:

Primera—Quietud o reposo	(4 días)
Segunda—Intermedia	(10 días)
Tercera—Premenstrual	(10 días)
Cuarta—Destructiva	(4 días)

El primero de estos períodos, o sea el de quietud, abarca los cuatro o cinco días que siguen a la terminación del período menstrual propiamente dicho. Durante los días del flujo sanguíneo, los tejidos de revestimiento del interior del útero se quiebran y se descargan. La membrana mucosa es muy delgada al comienzo del período de descanso. En este momento se encuentran en dicha mucosa, esparcidas y mezcladas con el tejido de la misma, las glándulas características que segregan el fluido que baña constantemente el interior del órgano; dichas glándulas son estrechas y rectas. Propiamente hablando, este período de descanso no es real, como tal descanso, porque ha empezado el proceso restaurativo en el tejido de revestimiento ya depletado.

A través del ciclo menstrual, la condición del ovario, lo mismo que la del útero, puede ser bien establecida. Durante el período, que para mejor entendimiento hemos llamado de descanso, el ovario contiene el cuerpo lúteo formado en el ciclo anterior pero que se encuentra ahora en su fase menguante, habiendo perdido el tamaño y además el color amarillo característico para tornarse en cuerpo blanco que va luego desapareciendo paulatinamente. Al mismo tiempo que el cuerpo lúteo completa su evolución, otro folículo de Graf se va desarrollando y caminando hacia una nueva ovulación, elaborándose la hormona folicular que ya conocemos con el nombre de teelina. La producción de esta hormona, la teelina, está ayudada por células foliculares supervivientes del cuerpo lúteo precedente, como si aquella estructura rindiera su postrer beneficio antes de caer en el olvido. Al mismo tiempo que ocurre la desaparición

del cuerpo lúteo, cesa la producción de la otra hormona que es la progestina y el naciente folículo que viene a la zaga del extinto, libre ya de la acción inhibitoria de dicha progestina, redobla su vigor. La teelina que se ha ido formando, pasa en parte a la sangre y con ella a los tejidos del útero favoreciendo su regeneración. Empieza la etapa intermedia.

Esta segunda etapa dura cerca de diez días y está caracterizada por la preparación del útero para recibir el óvulo ahora en rápido desarrollo y continuar la preñez si es que ha ocurrido la fecundación. El endometrio o sea el revestimiento interior del útero, se hace más grueso, las glándulas uterinas se alargan y se aprietan estrechamente y la cantidad de sangre suplida al órgano es mucho mayor. Al mismo tiempo que el crecimiento del endometrio, continúan las actividades del ovario. Durante la primera mitad de la etapa intermedia los acontecimientos culminan en el desarrollo del folículo. La rotura del folículo ocurre a la mitad del tiempo entre dos menstruos. El óvulo maduro se escapa acompañado de una mínima cantidad del fluido folicular circundante que es absorbido y llevado hasta el endometrio estimulando la circulación y su crecimiento: entonces empieza una rápida multiplicación de las células que tapizan la cavidad de la cual escapó el óvulo, formándose prontamente un cuerpo lúteo: entretanto la producción de teelina persiste. Si todo ha de continuar bien, entonces, el óvulo es detenido a lo largo de la cavidad por las prolongaciones que en forma de tentáculos se proyectan en el tubo de Falopio por donde camina y queda allí en espera del contacto nupcial con una célula fértil

masculina. El rasgo central del drama es en este momento la liberación y absorción de la teelina.

Además de estos cambios físicos, en la hembra de los animales inferiores ocurre una característica reacción. Su anterior completo desdén para el macho, es sustituido por una viva y melosa aceptación de sus requerimientos galantes, de tal modo, que si estos no vienen espontáneamente, la hembra es capaz de ofrecer la más ardiente sugestión. Esto es lo que se llama celo o *estro*. Las señales y avisos de la naturaleza indican que todo está preparado para la fecundación y la preñez. En la evolución de la especie humana este sistema de señales ha sido ampliamente descartado, a pesar de que algunas mujeres informan que experimentan una vigorización de los impulsos sexuales en mitad del período premenstrual.

La obra de la Dra. Stopes titulada "Amor Eterno" es un interesante libro de consulta que recomiendo a los compañeros que me escuchan.

Cuando la teelina liberada se absorbe y el nuevo cuerpo lúteo empieza a secretar progestina la etapa intermedia está en su parte final y la escena cambia de nuevo.

Los diez días de la etapa premenstrual empiezan ahora.

El proceso preparatorio se inicia en el endometrio bajo la simultanea doble influencia estimulante de las dos hormonas, la teelina y la progestina. Las glándulas uterinas continúan desarrollándose en diámetro y longitud tomando una forma de tirabuzón que le per-

mite acomodarse en el fondo del endometrio. Estas glándulas se distienden por la acumulación de la secreción y en este momento la progestina asume un dominante control de la situación; el endometrio alcanza el máximo de su grosor, preparado finalmente de un modo completo para la preñez. Hemos dejado el óvulo maduro en la trompa de Falopio; si su fecundación ocurre, el cuerpo lúteo en vez de degenerar, como lo hizo antes, persiste y aumenta la producción de progestina. Si fracasa la fecundación, la producción de progestina cesa y comienza la etapa destructiva del ciclo menstrual. Las células sanguíneas pasan, desde los capilares congestionados del endometrio, al interior de los tejidos; las capas exteriores se rompen y también los diminutos vasos sanguíneos, ocurriendo el flujo de sangre que caracteriza la menstruación. Durante los cuatro días en que ocurre este proceso el desmantelamiento es completo, se descargan todos los detritus, se cierran los vasos rotos y empieza una nueva etapa.

EMBARAZO

Si la fecundación ocurre, sigue una nueva serie de sucesos: el cuerpo lúteo en vez de regresar continúa en sus funciones de secreción activa; el endometrio que había sido preparado para la anidación continúa desarrollándose para formar la placenta. La influencia de la progestina sobre el útero, en esta primera etapa de la preñez, solo ha sido entrevista teniendo en cuenta lo que ocurre en los animales de experimentación, es decir; la progestina es el factor dominante hasta que la placenta llega a su completo desarrollo y esté en

condiciones de realizar tal función reguladora.

En la mujer, después de la tercera semana de la preñez, la remoción del cuerpo lúteo no determina el aborto y en su consecuencia se deduce que su relación esencial con el embarazo debe haber terminado durante dicho período. Ocurre sin embargo, en los animales, que la privación de el cuerpo lúteo en un período avanzado del embarazo produce el aborto. Frank establece que la progestina es necesaria en la mujer, durante el primer cinco por ciento de la gestación: en la conejilla de India durante el once por ciento: en la coneja durante el treinta por ciento y en la perra durante el cuarenta y cinco por ciento de dicho período.

Si el óvulo se fija en el útero, el corión se desarrolla rápidamente y de acuerdo con la mejor evidencia pronto empieza a elaborar una hormona reguladora. Bajo la influencia de esta hormona en asociación con la teelina y otra hormona de la pituitaria y quizás una elaborada por la placenta, comienzan los cambios corporales que aparea el embarazo. Estos cambios van tan lejos como sea necesario para poner a la madre en condiciones de enfrentarse con las necesidades del metabolismo, habida cuenta de que el infante que se desarrolla es realmente un parásito del organismo materno.

No voy a insistir en detalles sobre los cambios que ocurren en el organismo de la madre durante el embarazo, porque estos son de todos bien conocidos.

Dice el ilustre Dr. Hoskins de la Escuela de Medicina de Harvard, que la

endocrinología no ha progresado lo necesario para determinar directamente las hormonas de la sangre, pero afirma, que durante el embarazo es tan copiosa la secreción de dos de estas hormonas que ellas pueden ser fácilmente reconocidas.

El contenido de teelina en la sangre y en el ovario aumenta gradualmente desde el término de la menstruación hasta la última parte de la fase premenstrual del ciclo. Si no ha ocurrido el embarazo la cantidad de teelina cae rápidamente a un nivel bajo durante el período menstrual.

Además de la teelina, la sangre contiene una demostrable cantidad de hormona sexual de la pituitaria anterior. Esto puede ser evidenciado si se inyecta suero de sangre de una mujer embarazada a una rata joven en cuyo tracto genital se determinará una marcada hipertrofia. Lo mismo que la teelina, esta hormona sexual de la pituitaria anterior se elimina también por la orina en cantidad considerable. La hormona sexual contenida en la orina aumenta progresivamente hasta seis mil unidades ratón por litro en el quinto mes, descendiendo, luego gradualmente también, hasta la mitad de la cantidad mencionada, durante el último mes del embarazo. Después del nacimiento del infante las hormonas no son eliminadas en cantidad que pueda ser determinada.

Esta descarga de la teelina y de la hormona pituitaria anterior ha venido a ser el fundamento de la prueba clínica para el diagnóstico temprano del embarazo. Mediante la inyección de pequeñas cantidades de ori-

na, de la mujer que se supone embarazada, en un animal de prueba, (rata, ratón o coneja) se puede llegar a un diagnóstico con grandes seguridades, aún durante el primer mes, según los trabajos de un profesor alemán.

Para aquellos que estén interesados en una más amplia información respecto a la positiva influencia de las hormonas les recomiendo la citada obra del profesor de Harvard que ofrece detalles interesantísimos respecto a la participación que toman en los fenómenos propios del embarazo las glándulas de secreción interna.

Positivamente la preñez depende de factores endocrínicos. La preparación para dicho evento está íntimamente re-

lacionada con la secreción de teelina y progestina por el ovario bajo la influencia de las hormonas de la pituitaria. La integridad de los órganos endocrínicos garantiza una salud deseable en la madre y la fertilidad en el padre. Después que el embarazo se ha iniciado, ocurren cambios en la estructura de la pituitaria, de las tiroides, de las adrenales, para-tiroideas y el páncreas. La placenta tiene asignada también su contribución en la cuota hormonal.

Después de estos hechos afirma el Dr. Hoskins, no iríamos demasiado lejos si estableciéramos la conclusión, de que cada nueva vida humana nace favorecida por una positiva marea de hormonas.

ANNUAL REPORT OF THE BIOLOGICAL LABORATORIES OF THE DEPARTMENT OF HEALTH OF PUERTO RICO

FISCAL YEAR 1936-37

O. COSTA MANDRY, M. D. *

San Juan, P. R.

At present the Biological Laboratories function as a Bureau in the Division of Public Health under an Assistant Commissioner of Public Health.

The Bureau consists of a Central Laboratory located at the central office of the Department in San Juan which is in charge of a Director who supervises all the work and who is a physician legally authorized to practice medicine in the island and with special training in clinical pathology.

This Laboratory is well equipped to do any kind of work or service in the diagnosis, control, prevention and treatment of disease. It supplies all the material employed in the other branch Laboratories, prepares all containers for obtaining pathological material, performs all bacteriological examinations of feces, examinations of animals for rabies, blood cultures in general, virulence tests, animal inoculations and bacteriological examinations of foods.

The Branch Laboratories located in the cities of Ponce and Aguadilla perform routine work including bacteriological examinations of milk and water

and each institution is in charge of a physician dully authorized to practice medicine in the island and with training in clinical pathology.

At each of the four tuberculosis Hospitals located at Río Piedras, Ponce, Mayaguez and Guayama, there is a clinical Laboratory in which are performed the ordinary routine tests and which is in charge of a Technician trained at the Central Laboratory at San Juan.

Within a very short period of time another clinical Laboratory is to be established at the Psiquiatry Hospital at Río Piedras. The technician to be in charge of this Laboratory, is already under training at the Central Laboratory in San Juan.

The Director of the Laboratories has full charge of the technical management of the Laboratories, supervises the work of each and visits them periodically, seeing that laboratory procedures are carried out according to the methods outlined.

During the year just finished, a system has been devised whereby the work of the Technicians in our Laboratories

* Director, Biological Laboratories
Department of Health of Puerto Rico.

is checked up at the Central Laboratory.

Although the work of the Microscopists of the Public Health Units is not under our direct supervision, as a special cooperation to that Bureau, we also check up the work of the Microscopists in the examinations of specimens of blood for investigations of malarial parasites.

The work of the Biological Laboratories of the Department of Health of Puerto Rico has increased enormously since the beginning of the Laboratory. Table number one shows the number of examinations performed annually, up to and including the fiscal year just ended.

With very few exceptions, a consistent annual increase in the amount of work performed can be observed. The largest volume of work was made during the fiscal year just ended when 282,294 examinations were performed in the three Biological Laboratories, without including in this figure 38,989 specimens examined at the Clinical Laboratories of the four Tuberculosis Hospitals.

During the twenty seven years in which the Biological Laboratory has been operating to the entire satisfaction of both the Department of Health of Puerto Rico and the Medical Profession as a whole; rendering prompt and reliable service in the diagnosis, prevention and control of transmissible diseases, a total of 1,843,667 examinations have been performed with a corresponding annual average of 68,284.

TRAINING OF TECHNICAL PERSONNEL

The proper training of the technical personnel of our Laboratories is of great importance from every stand point of view specially now that we have three public Health Laboratories, four Clinical Laboratories in the Institutions of the Department of Health and a considerable number of Microscopists that work in the Public Health Units throughout the island.

In order that efficient and reliable technical work may be obtained from this personnel, it is imperative that they be properly trained and that they realize the responsibility incurred by as regards the public, the Department of Health and the Medical Profession.

Our Laboratory has been active during the past year in the training of technical personnel for our Laboratories and for the Public Health Units.

During the month of August, our Assistant Director, Dr. Norberto A. Quiñones, returned from the United States after a leave of absence of one year which was spent in taking special training along the different lines of Clinical Pathology. Upon his return he has been of invaluable aid to us in the outlining and supervision of the work, in the training of Technicians and in conducting a monthly system of checking the work of the laboratory personnel.

During the year just finished we have trained in the field of hematology, a young man who was appointed by the Commissioner of Health and we expect to run during the coming year a Divi-

Table No. 1
NUMBER OF EXAMINATIONS PERFORMED AT THE BIOLOGICAL
LABORATORIES SINCE 1911.

YEAR	SAN JUAN	PONCE	AGUADILLA	T O T A L	
				NUMBER	Percentage Increase
1936—1937	196,162	59,925	26,607	282,694	28.98
1935—1936	152,767	55,803	10,593 *	219,163	# - 0.115
1934—1935	165,639	54,378		220,017	8.6
1933—1934	155,932	46,632		202,564	20.5
1932—1933	128,586	39,496		168,082	1.02
1931—1932	133,294	33,089		166,383	38.45
1930—1931	96,682	23,289		119,971	24.75
1929—1930	76,105	20,227		96,332	46.4
1928—1929	54,084	11,718		65,802	6.09
1927—1928	50,377	11,643		62,020	22.2
1926—1927	41,428	9,324		50,752	7.89
1925—1926	37,703	9,339		47,042	10.0
1924—1925	35,248	7,515		42,765	74.8
1923—1924	19,004	5,460		24,464	144.8
1922—1923	9,992			9,992	41.39
1921—1922	7,067			7,067	5.76
1920—1921	6,682			6,682	# - 25.89
1919—1920	8,882			8,882	11.69
1918—1919	7,952			7,952	70.2
1917—1918	4,672			4,672	# - 26.52
1916—1917	6,359			6,359	88.14
1915—1916	3,380			3,380	# - 44.84
1914—1915	6,128			6,128	2.94
1913—1914	5,953			5,953	25.46
1912—1913	4,745			4,745	84.7
1911—1912	2,569			2,569	107.68
1910—1911	1,237			1,237	
TOTAL	1,418,629	387,838	37,200	1,843,667	# -Decrease

* Six months only.

sion of Hematology to do work along the modern lines of experimentation in this important field of Medicine.

We also trained seven technicians which were assigned for work in our laboratories by the Medical Division of the Puerto Rico Reconstruction Administration.

We have also trained a Technician which is to be sent to the Insular Psychiatry Hospital to take charge of the Laboratory which will be opened at the Institution within the next month or so, and seven Microscopists sent to the Laboratory by the Director of Public Health Units. Most of these Microscopists have been trained for investigation of feces for intestinal parasites; some also for investigation of blood smears for malaria. During the year we have had two voluntary assistants which were allowed by the Commissioner of Health of Puerto Rico, to take training in our Laboratory.

We consider that this phase of activity of our Laboratory, the training of technicians, is of great importance for the future of our institutions at San Juan and in the island, as this personnel learns the routine work and realizes, the responsibility which this kind of work carries with it.

ANIMAL HOUSE

For many years one of the biggest draw-backs in the work of the Laboratory was the lack of facilities for the up-keep of the animal colony at the Central Laboratory at San Juan. The colony is rather large and it was very

difficult to keep the animals in fit-shape for our work.

With the cooperation of the Director of the Medical Division of the Puerto Rico Reconstruction Administration who is interested in the progress and expansion of our institution, we obtained from the Relief Division of the PRRA, the building of a small but modern and up to date animal house in which are accomodated our experimental animals. The benefits have been enormous. The building of this animal house gives us a better opportunity to do the work along special fields of investigation which we had to abstain from in the past for lack of proper facilities.

MEDICAL EDUCATION

During the year our Laboratory has given full cooperation along this important phase of public health; our Director has given several conferences regarding Public Health and the application of Laboratory methods to the diagnosis, control and treatment of disease.

At the meeting of the Directors of Public Health Units held at the Tuberculosis Hospital of Río Piedras on the 25th of December 1936, and again at the scientific Assembly of the Guayama District Medical Association held at Caguas on February 28, 1937, he spoke on the laboratory diagnosis of typhoid fever, laying special stress on those techniques that should be employed early in the course of the disease and explaining in details the newer diagnostic agglutination methods.

At the Institute for Tuberculosis Workers held at the building of the Puerto Rico Medical Association under the auspices of the Tuberculosis Association of Puerto Rico with the cooperation of the University of Puerto Rico and the Department of Health, we discussed on March 10, 1937, on the medical and scientific basis of the tuberculosis movement. This Institute was attended by over one hundred students among which were nurses of the Department of Health, school teachers pursuing studies at the University of Puerto Rico and students of social work.

"The Diagnosis of Tuberculosis in the Laboratory", was the subject of a medical conference given at the Medical Institute for Tuberculosis held at Rio Piedras in the Tuberculosis Hospital on March 12, 1937, which was attended by nearly all of the physicians of the Department of Health of Puerto Rico and by many members of the Medical Profession interested in this disease.

"The Hospital's Clinical Laboratory" was the subject of a lecture given before the students in Hospital Administration in the School of Tropical Medicine of the University of Puerto Rico, under the auspices of Columbia University, on March 26, 1937.

As a cooperation to the Department of Education of Puerto Rico, a lecture was given thru the radio for the students of the "air school", on May 5, 1937, ("El Enemigo en Acecho") dealing mainly on general considerations on uncinariasis, its prevention and control.

Both the Director and the Assistant Director gave their full support

and cooperation to the school for Sanitary Inspectors established by the Health Department. Once a week during the year they lectured on subjects related to the laboratory work, laying special emphasis on the collection of pathological material for examinations in the laboratory and on the scientific basis, underlying the different procedures employed in the diagnosis of diseases in general. This new activity of the Department of Health will be a great boost in the work of the Health Units and the Department in general as the field personnel will be better trained and a better quality of work will be obtained all around.

COOPERATION TO THE PUERTO RICO RECONSTRUCTION ADMINISTRATION

When the Medical Division of the Puerto Rico Reconstruction Administration was established, about a year and a half ago, a contract was signed between their Regional Administrator and our Commissioner of Health to the effect that all the Laboratory work for that Division would be done in the Biological Laboratory of the Health Department.

The amount of work has considerably increased as the Medical Division has expanded. During the first year the work was performed exclusively in the Central Laboratory at San Juan, but lately it has been extended to the Auxiliary Laboratories at Ponce and Aguadilla after repairs were made in both Institutions by the Puerto Rico Reconstruction Administration and a Technician was sent to each of them to avail the Laboratory for the increased

burden of work.

The variety of work performed to the Puerto Rico Reconstruction Administration is fully discussed under the individual types of examinations performed. In table number 4, is given in details the number of examinations of pathological material performed in our Laboratories for the Puerto Rico Reconstruction Administration. A total of 57,830 examinations were performed as compared to 2,596 the previous year. The largest individual items of examinations performed this year were on complement fixation and precipitation tests which comprise 29.88% of the total number of tests, microscopic examinations of blood which comprise 23.19%, and fecal examinations which comprise 45.39%.

PLANS FOR THE FUTURE

When the Legislature of Puerto Rico approved the Sanitation Law of 1911 which established the Biological Laboratory as a part of the Department of Health, it detailed as one of the duties of this Institution, the preparation of Biological products for the prevention and treatment of disease.

Due to lack of funds and of proper space accommodations for the Laboratory, this particular phase of the work has never been accomplished to a large extent by our Laboratory which has devoted its time almost exclusively towards the diagnosis of disease in general and to those laboratory procedures which are of value in the treatment, control and prevention of disease.

Ever since we have been directing this Institution, it has been our aim to establish the preparation of biological products in our Laboratory. Up

to the present time, due to lack of proper space and facilities, we have not been able to accomplish this and have only prepared sterile water for intravenous use in the Venereal Clinic of the Health Unit of San Juan and normal saline and glucose solution for intravenous use which are prepared for the Isolation Hospital at San Juan. We have also prepared now and then, autogenous vaccines and prophylactic convalescent serum for the prevention of measles.

With the plans that are being studied to transfer the Department of Health to a building in stop 19, in Santurce, we hope that sufficient space will be allotted to the Biological Laboratory so that we can consider the preparation of antityphoid vaccine and other biological products which could be manufactured in our Laboratory with a great saving of money to the Department of Health as a whole. The work of prevention of disease could thus be increased considerably as a larger amount of these biological products would be available at no extra expense to the Department.

The Tuberculosis Hospitals of the Department of Health of Puerto Rico and other Institutions employ a considerable amount of normal saline and glucose solution for intravenous use, products which could be prepared in our laboratory at a great saving of money if facilities were available for this kind of work.

RESUME OF THE WORK DONE DURING THE YEAR

During the fiscal year just finished, a total of 282,694 examinations were performed by the three Public Health

Laboratories and 39,989 by the Tuberculosis Hospitals, making a grand total of 321,683 examinations, an increase of 29.17% over the previous year. Of the total of 282,994 examinations, the Central Laboratory at San Juan performed 69.39%, the Laboratory at Ponce 21.19% and the Laboratory at Aguadilla 9.41%.

Table number 2, shows in details the number of examinations performed at the various Laboratories with the percentage performed by each and the increase over the previous year.

Table number 3, gives a resume of the different types of examinations performed at each of the Public Health Laboratories and at the Clinical Laboratories of the tuberculosis Hospitals.

SEROLOGICAL EXAMINATIONS

Serological examinations are only performed at the Public Health Laboratories at San Juan, Ponce and Aguadilla. The Clinical Laboratories of the Tuberculosis Hospitals, do not perform these tests; pathological material from such Institutions is sent to the nearest Public Health Laboratory.

Complement Fixation Tests:

Complement fixation tests for the diagnosis of syphilis are performed at the Central Laboratory at San Juan and the Branch Laboratory at Ponce. During the present fiscal year we have modified our Wassermann technique in order to be able to perform a larger amount of work with a corresponding economy in labor and material. We are employing the same modified Wassermann technique which we have been following for the past five years with

a combined fixation of ice box and one half hour in the water bath. We run, however, only one tube employing 1-1/2 units of complement instead of two units as in the old routine test. All the samples in which there is any inhibition of hemolysis, however small, are run again on the following day using our routine complement fixation test with two full units of complement and employing two tubes, one of which is a control without antigen. The advantage of this technique is twofold; in the first place the positives or falsely positives are examined twice, thus the chance of error is diminished considerably; and in the second place there is an economy of labor and material.

During the year just ended we performed in all our Laboratories a total of 62,593 complement fixation tests. In table number five are shown in detail the results of all the complement fixation tests performed in the Laboratory at San Juan and Ponce with the percentage positive in each case.

The tests are subdivided depending upon whether they are performed on samples from the Health Units or the Puerto Rico Reconstruction Administration. A close examination of table number five, will reveal that the percentage of positive reactions for the Puerto Rico Reconstruction Administration is much smaller than that for the Health Department. The reason for this is obvious, inasmuch as the work for the Puerto Rico Reconstruction Administration is done at random without selection of the patients and comprises many males from the rural zones of Puerto Rico where the incidence of syphilis is smaller. In the Health Units, however, a large proportion of the work

is performed on individuals from urban or rural regions in which there is a considerable number that are suspicious of having syphilis.

It is interesting to note that the complement fixation and precipitation tests performed in cases for the Puerto Rico Reconstruction Administration confirms in every way our assertions published in three articles entitled "Syphilis in Puerto Rico", (Porto Rico Journal of Public Health and Tropical Medicine, Dec. 1931, Vol. 7, No. 2, Pp. 209-231 and "Boletín de la Asociación Médica de Puerto Rico", Jan. 1932, Vol. 24, No. 196, Pp. 6-12; and July 1933, Vol. 25, Pp. 411-420), where we claimed that about 5% of the population of Puerto Rico could be estimated as syphilitic, judging from the results of complement fixation and precipitation tests performed on a large group of unselected individuals. This data together with other that we expect to collect during the coming year, will constitute the subject of a paper on syphilis in Puerto Rico which will comprise a large percentage of the population and which we hope will finally settle this question so much under discussion.

Precipitation Tests: Precipitation tests for the diagnosis of syphilis are performed in the Central Laboratory at San Juan and at the Biological Laboratory at Aguadilla. At San Juan we perform the Kahn test together with the complement fixation test in as many cases as it is possible; in Aguadilla we only perform the Kahn test.

We employ the standard technique of Kahn. A total of 35,985 Kahn pre-

cipitation tests was performed during the year as can be seen from table number 5.

The Kahn tests are also subdivided, as in the case of complement fixation tests, according to the source of the sample, whether they are obtained thru the Health Units or thru the Puerto Rico Reconstruction Administration.

The percentage positive in the Kahn tests is slightly higher as compared with that of the complement fixation test. Of a total of 98,578 complement fixation and precipitation tests performed in all of our Laboratories, the Central Laboratory at San Juan did 72.2%, the Biological Laboratory at Ponce 19.3%, and that of Aguadilla 8.3%. These tests comprise 34.87% of all the examinations performed in our three public health Laboratories and 30.64% of the tests performed in all the Laboratories of the Health Department of Puerto Rico.

Agglutination Reactions: The agglutination reactions are employed mainly in the diagnosis of enteric diseases, malta fever and other conditions.

In the diagnosis of typhoid fever, we employ two antigens, flagellar and somatic, prepared and standardized at the Central Laboratory at San Juan and sent to the other Laboratories with specific instructions as to the dilution and exact method of procedure.

Both the Flagellar and the Somatic antigens are prepared according to the methods outlined in the latest year book of the American Public Health Association.

A total of 3,848 agglutination reactions were performed of which 3,825 were for the diagnosis of typhoid fever with 37.5% of positive results in one or another of the antigens. Of the total of reactions performed for the diagnosis of typhoid fever, 73.5% were performed by the San Juan Laboratory with 41.3% positive; 16.1% by the Ponce Laboratory with 34% positive, and 10.3% by the Aguadilla Laboratory with 24.2% positive.

MICROSCOPIC EXAMINATIONS

Under microscopic examinations we include examinations of exudates for evidence of bacillus diphtheriae, gonococcus and other bacteria; examinations of sputum for tubercle bacillus, examinations of feces for intestinal parasites and examinations of blood smears for malaria or other parasites. All these examinations can be performed in all of our Laboratories but in the case of diphtheria, the number is so small in the Laboratories of the Tuberculosis Hospitals that they send these to the Public Health Laboratories for proper culture and investigation.

Diphtheria: In the examination of exudates for diphtheria we generally subdivide the cases according as to whether they are clinical or suspicious cases, contact or carriers, and applicants for health certificates. The number of examinations performed together with the percentage positive can be seen in table number 6.

Gonococcus: Exudates of the urogenital tract of the conjunctiva are examined for evidence of gonococci. In the

microscopic examinations of these exudates we employ the Gram technique as outlined in the latest methods for water examination in "Standard Methods" of the American Public Health Association. Investigations as to the presence of intracellular Gram negative diplococci are made and the results are informed as presence or absence of intracellular Gram negative cocci. When gonococcus is absent we generally inform the physician as to whether the flora present is bacilar or coccoid and its reaction to the Gram stain.

A total of 1,490 exudates were examined for gonococci with 27.8% positive findings; 1077 at San Juan with 27.5% positive; 254 at Ponce with 27.1% and 159 at Aguadilla with 30.8 percent positive findings.

Intestinal Parasites: Investigation of feces for intestinal parasites comprises a large amount of our routine work. During the year a total of 64,291 specimens were examined which made up 19.9% of the examinations made in all our Laboratories. Fecal specimens are investigated by the brine flotation method exclusively; those cases in which the physician is interested in other parasites, he must specify it and the specimen is then examined by the smear or by a special concentration technique. In table number 7, can be seen in details the examinations performed at each of our three Public Health Laboratories, at San Juan, Ponce and Aguadilla and the percentage incidence of the commoner parasites.

Malaria: Investigations of blood smears for malaria also constitute a very large percentage of the work per-

formed in our Laboratory. A total of 25,258 specimens were examined which comprise 7.8% of the total examinations of all our Laboratories.

The Laboratory of San Juan examined 13,091 specimens with 11.9% positive findings, — *P. Falciparum* 6.4 per cent and *P. Vivax* 4.8% —. The Laboratory of Ponce examined 6,303 specimens with 10% of *P. Vivax* and 3.7% of *P. Falciparum* and a total positive percentage of 13.81. The Laboratory at Aguadilla performed 3,634 specimens with 7.2% of *P. Vivax*, 8.5% of *P. Falciparum* and 16.03% of any parasite .

From the total of 25,258 specimens, 12,538 were sent by the Puerto Rico Reconstruction Administration, samples taken at random from the workers of said Organization. A total positive percentage of 7.14% was obtained. The positive results vary according to the different locations in the island and as to whether from low lands or mountain regions.

Filaria: Although annually the number of samples of blood for filaria is rather small, this year the Puerto Rico Reconstruction Administration has sent a total of 874 specimens for investigation as to the presence of filaria. These samples were taken during the night hours and a positive percentage of 0.68 was obtained.

Sputum: The work of the Biological Laboratories and the Laboratories of the Tuberculosis Hospitals in the diagnosis of tuberculosis has been of considerable importance during the fiscal year which has just finished. Table number 8 shows in details the results of examinations of sputum at each Institution with the percentage of positive

findings and the percentage increase or decrease in number over the previous year grouped as to whether they were examined by the routine or concentration technique with sodium hydroxide.

In the three Public Health Laboratories a total of 23,879 specimens were investigated, 72% by the routine technique and 27.9 by the concentration technique. In the Tuberculosis Hospitals a total of 24,601 examinations were done, 78.8% by the routine technique and 21.3% by the concentration method.

In some of the Laboratories the increase in the work has been enormous, in Guayama for example, there was an increase of about 300%, and in practically all the Laboratories there was a consistent increase over the previous year.

BACTERIOLOGICAL EXAMINATIONS

Bacteriological examinations are performed almost exclusively at the Central Laboratory in San Juan. The Branch Laboratories at Ponce and Aguadilla only performs examinations of water and milk. The increase in the amount of bacteriological work from year to year has been enormous, demonstrating the interest of the public Health Units and other dependencies of the Health Department in this important branch of Medical Science as a diagnostic aid and valuable adjunct in the control and prevention of disease and the protection of the health of the community.

Water Examinations: During the year a total of 1,830 examinations of water were performed, 1,541 in the

Central Laboratory at San Juan, 242 at Ponce and 47 at Aguadilla. This means a considerable increase over the previous year when a total of only 1,416 were performed, 1,212 at San Juan and 204 at Ponce. Table number 11, shows the number of examinations performed at the different Laboratories during the last five years. There has been a marked increase in the number from year to year. Table number 12, shows the results of the bacteriological examinations performed during the year on the water from the aqueducts at San Juan, Ponce and Aguadilla.

The examinations chartered for San Juan include samples taken at the aqueduct itself and in different places on the main distributing lines in the city. The water at the aqueduct and main line before it enters the distributing lines is of good quality and meets the minimum requirements of the United States Public Health Service for potable water. Bacteriological examinations of this same water after it enters the distributing pipes and reaches the dock area of the city shows an entirely different picture.

Of the 245 examinations performed during the year on samples of water taken at the water front in San Juan, 12.33 of the 10 c.c. portions examined showed coliform bacilli and 8.98% showed coliform bacilli in three or more of the five portions. The water fell within the standard only during four months; the rest of the time it was out of standard. At Ponce the situation encountered was worse; of 126 examinations performed, 40.48 showed Coli-

form organisms in three or more portions and 43.1% of the 10 c.c. portions examined. The water was within standard only during one month. In Aguadilla, 47 examinations were performed of which 68% showed Coliform bacilli in three or more 10 c.c. portions and 68% of the portions showed Coliform bacilli. The water was not within standard in any month.

During the year there has been an increase of 29.2% over the number of examinations of water as compared to the previous year.

Milk: A total of 2,223 examinations of milk were performed in our Laboratories of which San Juan performed 1,954 and Ponce 269. These results are very encouraging and denote an increase of 114.3% over the previous year. Table number 10, shows in details the results of bacteriological examinations since the fiscal year 1933-1934, with the percentage of samples out of the total examined according to the standard plate count of each. It is interesting to note the change that has worked out in the bacterial quality of the milk ever since then. During the year 1933-1934, that is, the year previous to the enforcement of the new milk regulation, only 16.73% of all the samples examined showed a count of less than 100,000 bacteria per cubic centimeter, whereas 46.45% showed a count of over a million. In 1934-35, after the regulation went into effect, the percentage of samples with a count under 100,000 increased to 39.55 and in the year just ended, it has gone up to 44.25. The percentage of samples with bacterial counts of over a million dropped in

1934-35 to 14.75, whereas in the year just ended it only reached 12.38. A close study of table number 10, shows what has been gained with the enforcement of the Milk Regulation.

As regards the examinations of pasteurized milk, 88.53% of the milk examined at San Juan had a count of under 50,000.

With regards to the grading of milk, we are recommending that the bacterial standard be changed. This, I am sure, will bring as a direct result a better quality of milk all the way around. We are recommending the following scale which we think is just and fair to everybody concerned:

GRADE "A" MILK—Under 100,000 bacteria per c. c.

GRADE "B" MILK—100,001 to 300,000 per c. c.

GRADE "C" MILK—300,001 to 750,000 per cc.

GRADE "D" MILK — 750,001 to 1,500,000 per cc.

Blood: There has been a considerable increase in the number of blood cultures performed during the year. A total of 1,531 blood cultures for investigation of typhoid bacilli were performed with a positive percentage of 18.16 as compared to 682 the previous year with 9.82% positive, which represents an increase of 124.4% in the total number.

2,006 blood clot cultures with 14.48% positive findings for typhoid bacilli were done as compared to 1,562 with 12.93% the previous year, an increase of 22%.

2,957 fecal specimens were studied for evidence of typhoid bacilli with positive findings in 5.04% as compared

to 1,069 with 4.4% the previous year, an increase of 176.6%.

The increase in the bacteriological work during the year just ended has been enormous and it gives an idea of the extra labor and material which this represents to our Laboratory. It also shows in a way the benefits obtained from our educational campaign as regards the diagnosis of enteric diseases. These reliable and important diagnostic procedures are being used to a full extent by the Medical Profession and the results are undoubtedly encouraging.

Food Poisoning: During the year we have investigated two or three food poisoning outbreaks in different localities of the Island. These outbreaks together with others that we have collected in the past will be the subject of a paper which we intend to publish in the near future.

Others: the year just finished, besides the bacteriological examinations which we have just mentioned, we have done a considerable number of other examinations as follows:

Gaseous drinks	25
Urine for typhoid bacilli	67
Feces and urine for typhoid bacilli	159
Exudate cultures	9
Cerebro spinal fluid cultures	2
Miscellaneous investigations	71

CHEMICAL EXAMINATIONS

Examinations of urine are performed in all of our Laboratories. A total

of 9,987 specimens were examined; 2,534 at San Juan, 242 at Aguadilla, 2,387 at Ponce, 2,180 at the Laboratory of the Tuberculosis Hospital at Río Piedras, 1,327 at the Hospital at Ponce, 1,071 at the Hospital of Mayagüez and 246 at the Hospital of Guayama.

351 chemical examinations of blood were performed at the Central Labora-

tory of San Juan.

ANIMAL EXAMINATIONS

During the year, 2,582 rats were examined macroscopically for evidence of plague infection.

No animals were sent during the whole year for investigation of rabies and this is a very encouraging fact.

Table No. 2.

EXAMINATIONS PERFORMED AT THE VARIOUS LABORATORIES DURING THE YEAR 1936—1937.

	NUMBER	PERCENTAGE OF TOTAL NUMBER	PERCENTAGE INCREASE OVER PREVIOUS YEAR.
BIOLOGICAL LABORATORY			
San Juan -----	196,162	69.39	28.40
Ponce -----	59,925	21.19	7.38
Aguadilla -----	26,607	9.41	25.56
TOTAL	282,694	100	28.98
TUBERCULOSIS HOSPITALS			
Río Piedras -----	17,396	44.62	3.05 #
Ponce -----	13,498	34.62	46.3
Mayaguez -----	5,684	14.57	198.21
Guayama -----	2,411	6.18	202.9
TOTAL -----	38,989	100	30.53
GRAND TOTAL -----	321,683	—	29.17

Decrease

Table No. 3

RESUME OF ALL EXAMINATIONS PERFORMED IN THE DIFFERENT LABORATORIES

TYPE OF EXAMINATION	BIOLOGICAL LABORATORIES				TUBERCULOSIS HOSPITALS				
	San Juan	Ponce	Aguadilla	Total	Rio Piedras	Ponce	Mayaguez	Guayama	Total
SEROLOGICAL EXAMINATIONS:									
Complement Fixations	43511	19102	—	62613	—	—	—	—	—
Precipitation Tests	27753	—	8239	35992	—	—	—	—	—
Agglutinations	2829	622	397	3848	—	—	—	—	—
MICROSCOPIC EXAMINATIONS:									
Sputum	15877	3971	4031	23879	8440	10163	4079	1919	24601
Feces	39001	16523	5056	60580	1963	968	534	246	8711
Blood	25565	6756	4147	36468	4441	1040	—	—	5481
Exudates	22852	10031	4407	37290	372	—	—	—	372
BACTERIOLOGICAL EXAMINATIONS:									
Water	1541	242	47	1830	—	—	—	—	—
Milk	1954	269	—	2223	—	—	—	—	—
Blood	3637	—	—	3637	—	—	—	—	—
Feces	3198	—	—	3198	—	—	—	—	—
Others	188	—	—	188	—	—	—	—	—
CHEMICAL EXAMINATIONS:									
Blood	351	—	—	351	—	—	—	—	—
Urine	2534	2387	242	5163	2180	1327	1071	246	4824
ANIMAL INOCULATIONS:									
Virulence Tests	2	—	—	2	—	—	—	—	—
Plague	2682	—	—	2682	—	—	—	—	—
MISCELLANEOUS	2787	22	41	2850	—	—	—	—	—
T O T A L	196162	56926	26607	282894	17396	13499	5684	2411	88989

Table No. 4.

RESUME OF EXAMINATIONS PERFORMED TO THE MEDICAL DIVISION
OF THE PUERTO RICO RECONSTRUCTION ADMINISTRATION
DURING THE YEAR 1936—1937 *

	SAN JUAN	PONCE	AGUADILLA	TOTAL
SEROLOGICAL EXAMINATIONS				
Complement Fixation	7880	1180	—	9060
Precipitation	7262	—	946	8208
Agglutination	15	6	—	21
MICROSCOPICAL EXAMINATIONS				
Sputum	297	56	104	457
Feces	20575	3624	2054	26253
Blood	12449	453	510	13412
Exudates	157	16	47	220
BACTERIOLOGICAL EXAMINATIONS				
Water	174	—	—	174
Blood	7	—	—	7
Feces	2	—	—	2
CHEMICAL EXAM.	4	1	1	6
OTHERS EXAMINATIONS	10	—	—	10
TOTAL	48832	5336	3662	57830

* These are included in the resume given in table No. 3.

RESULTS OF COMPLEMENT FIXATION AND PRECIPITATION TESTS
PERFORMED DURING THE YEAR 1936—1937.

Table No. 5.

	DEPARTMENT OF HEALTH:				PUERTO RICO RECONSTRUCTION ADMINISTRATION			
	WASSERMANN		KAHN		WASSERMANN		KAHN	
	Number	Percentage Positive	Number	Percentage Positive	Number	Percentage Positive	Number	Percentage Positive
San Juan	35631	14.07	20484	15.5	7880	5.02	7262	6.32
Ponce	17922	17.48	—	—	1180	7.71	—	—
Aguadilla	—	—	7293	11.68	—	—	946	6.98
TOTAL	53533	15.22	27777	14.50	9060	5.37	8208	6.39

Table No. 6.

RESUME OF EXAMINATIONS OF EXUDATES FOR DIPHTHERIA BACILLI

	SAN JUAN		PONCE		AGUADILLA		TOTAL	
	Number	Percentage Positive	Number	Percentage Positive	Number	Percentage Positive	Number	Percentage Positive
Cases	2720	3.97	388	0.77	382	10.2	3490	4.29
Carriers	5779	0.692	2089	0.67	741	4.04	8609	0.97
Health Certificates	13007	0.146	7267	0.26	3076	4.42	23350	0.74
TOTAL	21506	0.77	9744	0.37	4199	4.88	35449	1.15

Table No. 7.

PERCENTAGE INFESTATION WITH OVA OF INTESTINAL PARASITES OF FECES EXAMINED IN THE DIFFERENT LABORATORIES.

PARASITE	San Juan		Ponce		Aguadilla	
	Health Dept.	P.R.R.A.	Health Dept.	P.R.R.A.	Health Dept.	P.R.R.A.
Uncinaria -----	35.29	64.69	18.04	42.93	26.31	67.96
Ascaris lumbricoides -----	18.2	12.04	12.31	7.70	11.79	19.03
Trichiuris trichiura -----	53.15	45.69	32.96	47.13	39.80	24.54
Tenia Saginata -----	0.16	0.005	0.05	—	—	—
Oxyuris Incognita -----	0.06	—	—	—	—	—
Oxyuris Vormicularis -----	0.11	—	0.015	—	0.09	—
Amoeba Coli -----	0.01	—	0.015	—	0.26	—
Amoeba Histolítica -----	0.005	—	—	—	—	—
Balantidium Coli -----	—	—	—	—	—	—
Strongyloides Stercolaris -----	—	—	—	—	0.03	—
Tenia solium -----	—	—	0.023	—	0.03	—
Tenia Nana -----	—	—	0.16	—	—	—
Schistosoma Mansoni -----	0.26	0.15	0.41	0.11	0.29	—
Any parasite -----	72.07	81.55	52.07	78.61	61.52	82.32
Mixed Infestations -----	31.58	36.83	21.88	44.2	17.18	25.56
Examinations Performed	18426	20575	12899	3624	3002	2054

Table No. 8.

RESULTS OF EXAMINATIONS OF SPUTUM PERFORMED DURING THE YEAR 1936—1937.

	ROUTINE EXAMINATIONS			EXAMINATIONS AFTER CONCENTRATION WITH SODIUM HYDROXIDE			TOTAL NUMBER of EXAMINATIONS
	NUMBER	Percentage Increase Over Previous Year	Percentage Positive For Tubercle Bacilli	NUMBER	Percentage Increase Over Previous Year	Percentage Positive For Tubercle BACILLI	
BIOLOGICAL LABORATORIES:							
San Juan -----	9192	29.19 *	21.72	6685	72.69	26.49	15877
Ponce -----	3971	108.8 *	14.43	—	—	—	3971
Aguadilla -----	4031	91.24	27.93	—	—	—	4031
TUBERCULOSIS HOSPITALS:							
Río Piedras -----	5633	20.4	67.1	2807	9.9	45.5	8440
Ponce -----	8408	27.2	58.6	1755	136	12.47	10163
Guayama -----	1797	312	70.5	122	8.2 *	40.1	1919
Mayaguez -----	3516	13.41	75.6	563	113.1	9.77	4079
T O T A L	36548			11932			48480

*—Decrease

Table No. 9.

NUMBER OF DIAGNOSTIC TESTS FOR GASTRO ENTERIC DISEASE
PERFORMED DURING THE PAST QUINQUENIUM.

YEAR	BLOOD CULTURES	BLOOD CLOT CULTURES	FECES	
			Typhoid	Dysentery
1936—1937	1531	2006	2957	239
1935—1936	682	1562	1069	203
1934—1935	189	484	613	52
1933—1934	385	—	644	56
1932—1933	179	—	576	356

Table No. 10.

STANDARD PLATE COUNTS OF MILK EXAMINED AT SAN JUAN AND
PONCE DURING THE PAST FOUR YEARS

	PERCENT OUT OF TOTAL EXAMINED					
	1936—1937		1935—1936		1934-35	1933-34
	San Juan	Ponce	San Juan	Ponce	San Juan	San Juan
RAW:						
100,000 or less	44.25	21.29	30.80	8.88	39.55	6.73
100,001 to 300,000	25.01	34.52	29.54	43.46	27.87	14.31
300,001 to 750,000	15.96	19.35	18.56	25.23	16.19	21.54
750,001 to 1,000,000	3.83	7.42	6.33	12.61	1.64	10.94
1,000,001 to 5,000,000	8.55	13.87	12.24	9.35	7.58	31.98
Over 5,000,000	2.39	3.55	2.53	.47	7.17	14.47
NUMBER EXAMINED:-	1591	310	474	214	488	594
PASTEURIZED:						
50,000 or less	89.53		78.21		58.59	69.75
50,001 to 100,000	4.68		13.61		18.75	12.96
100,001 to 500,000	4.41		6.43		18.75	12.96
500,001 to 1,000,000	.83		1.23		2.34	3.08
Over 1,000,000	.55		.49		1.56	1.23
NUMBER EXAMINED:-	363		404		128	162

Table No. 11.
BACTERIOLOGICAL EXAMINATION OF MILK AND WATER PERFORMED
DURING THE PAST FIVE YEARS.

	1936—37	1935—36	1934—35	1933—34	1932—33
WATER:					
San Juan Laboratory	1541	1212	1176	970	806
Ponce Laboratory	242	204	55	—	—
Aguadilla	47	—	—	—	—
T O T A L — — — — —	1830	1416	1231	970	806
MILK:					
San Juan Laboratory	1954	871	722	766	810
Ponce Laboratory	269	166	20	—	—
Aguadilla Laboratory	—	—	—	—	—
T O T A L — — — — —	2223	1037	742	766	810

Table No. 12.
RESULTS OF BACTERIOLOGICAL EXAMINATIONS OF WATER OF SAN
JUAN, PONCE AND AGUADILLA DURING THE PAST TWO YEARS

YEAR	TOWN	Number of Standard Samples	Number of 10 cc Portions	Percentage of Portions Showing B. Coli	Percentage of Samples with B. Coli in Three or More Portions	Months of Year when Water was Within Standard
1936—37	San Juan	245	1225	12.33	8.98	4
	Ponce	126	630	43.17	40.48	1
	Aguadilla	47	235	68.08	68.08	None
1935—36	San Juan	264	1320	16.7	13.6	4
	Ponce	171	865	40.31	35.1	3
	Aguadilla	—	—	—	—	—

Table No. 13.
EXAMINATIONS OF RATS FOR EVIDENCE OF PLAGUE INFECTION
DURING THE PAST FIVE YEARS.

FISCAL YEAR*	NUMBER EXAMINED	PERCENTAGE DECREASE OVER PREVIOUS YEAR
1936—1937	2,582	52.47
1935—1936	5,433	13.48
1934—1935	6,280	37.09
1933—1934	9,984	5.95
1932—1933	10,616	9.58

Boletín de la Asociación Médica de Puerto Rico

Avenida Manuel Fernández Juncos, Parada 19
Santurce, P. R.

Año XXX ABRIL, 1938 No. 4

Editor y Administrador:

Dr. E. Martínez Rivera

Editores Asociados:

Dr. Leopoldo Figueroa

Dr. Pedro S. Malaret

Dr. David E. García

Dr. J. Noya Benítez

Dr. L. Gaetán Roberts

NOTICIAS MEDICO-SOCIALES

Asociación Médica del Distrito de San Juan:

El martes 12 del corriente mes se llevó a efecto en el edificio de la Asociación Médica de Puerto Rico, la reunión científica mensual de la Asociación Médica del Distrito de San Juan, bajo la presidencia del Dr. E. Martínez Rivera.

En esta ocasión fueron traídos ante la consideración de la concurrencia, los temas que a continuación expresamos:

- 1.—Conferencia por el Dr. Víctor Gutiérrez Ortiz "Ovulación-menstruo y concepción a la luz de la Endocrinología".
- 2.—Disertación sobre Eclampsia y Toxemias de la Preñez, por el Dr. Jenaro Suárez, y proyección de una interesante película sobre el mismo tema dirigida por el Dr. J. B. De Lee, Profesor Emeritus de Obstetricia y Gine-

cología de la Universidad de Chicago.

Al igual que en las reuniones celebradas anteriormente, la concurrencia acogió con gran beneplácito las brillantes disertaciones de los distinguidos conferenciantes.

La conferencia del próximo mes de mayo estará a cargo del distinguido compañero, Dr. Jorge del Toro, y girará alrededor del siguiente tema:

"Consideraciones acerca de la Apendicitis."

Dr. Manuel Pavía Fernández

Desde el día 14 del cursante mes se encuentra recluso en cama en su residencia, el querido compañero cuyo nombre encabeza estas líneas.

Durante el tiempo que lleva enfermo, el Dr. Pavía Fernández ha recibido pruebas concluyentes del gran aprecio que le tienen no solamente sus compañeros de profesión, sino también toda la sociedad puertorriqueña.

Nosotros nos unimos de todo corazón a las muchas pruebas de afecto que ha venido recibiendo nuestro querido ex-presidente y hacemos votos sinceros por su pronto y total restablecimiento.

Próxima reunión de distrito:

La primera reunión anual de distrito del presente año ha sido asignada a la Asociación Médica del Distrito de Guayama y se llevará a efecto el domingo 12 de junio en la ciudad de Guayama.

Dado el gran entusiasmo que siempre han desplegado los compañeros de aquel distrito, y muy especialmente el actual presidente, nuestro querido amigo el Dr. A. García Soltero, es de es-

perarse que la reunión del presente año resulte un verdadero éxito científico-social, superando, si es posible, los alcanzados en las reuniones anteriores.

Oportunamente daremos a conocer el programa que habrá de regir esta asamblea del distrito de Guayama.

De nuestra Tesorería:

Nos pide nuestro tesorero, el Dr. Antonio Ortíz, comuniquemos a los compañeros que aún no han adquirido las nuevas insignias para carros con el nombre de nuestra Asociación, que pronto llegará un segundo pedido de éstas, por lo que solicita de los compañeros que deseen comprar alguna, envíen su orden inmediatamente a fin de despacharlas tan pronto se reciban.

Dr. Eduardo Garrido Morales:

Como reconocimiento oficial de la brillante labor realizada por el distinguido colega cuyo nombre encabeza estas líneas en la dirección del Departamento de Sanidad, el gobernador de Puerto Rico, Hon. Blanton Winship, le ha extendido nombramiento para servir un nuevo término, el cual fué confirmado por el Senado Insular.

Nosotros celebramos grandemente la renominación del querido compañero, y sinceramente deseamos continúe su ininterrumpida serie de éxitos en el desempeño de su árdua labor.

American Association for the Study of Goiter

The American Association for the study of Goiter, pursuant to its accepted invitation and to correspondence with the Honorary President and At-

tending Members of the First and Second International Goiter Conferences, is to convene in the city of Washington, District of Columbia, U. S. A., September 12 to 14, 1938.

Physicians and others in the United States and in other countries desirous of participating in the Program are requested to submit titles at their earliest convenience. Since the time which it is possible to allocate on the program is obviously limited, it will be necessary for the Program Committee to exercise its best judgement in the selection of speakers and to insist without exception that they conform to the time allocated.

Manuscripts of addresses, papers and discussions delivered or read at the meetings are to be published in extenso in the form of transactions.

The official language of the Conference shall be English. Interpreters will be furnished for papers read in other languages.

For further information concerning the Conference, communicate with the officers of The American Association for the study of Goiter or the Chairman of the Program Committee.

Chicago Tumor Institute

The Chicago Tumor Institute will open March 21, 1938. It will offer consultation service to physicians in the diagnosis and treatment of cancer and radiation facilities for cancer patients.

The Institute also proposes to conduct research and to offer training to physicians who may wish to qualify as specialists in the study and treatment of this disease.

The American Neisserian Medical Society

The Fourth Annual Session of the American Neisserian Medical Society will be held in Washington, D. C., on May 16 and 17, 1938, in the Public Health Auditorium located at 19th Street and Constitution Avenue, N. W.

The session will open with a symposium on sulfanilamide which will be timely and of great value to everyone. Perrin H. Long, M. D., of the Johns Hopkins Hospital will deliver the principal address. Dr. Long's work puts him in the position of being the country's leading authority on the chemistry, mode of action, and clinical use of sulfanilamide. The society is indeed fortunate and highly honored in having Dr. Long as guest speaker.

Following the presidential address there will be simultaneous meetings of the three following sections, Male Clinical, Female Clinical, Laboratory and Research. The Male Clinical Section will discuss in considerable detail the question of nomenclature, standard record forms, diagnosis, and cure. The Female Clinical Section will discuss diagnosis and cure. The Laboratory and Research Section will discuss bacteriology, serology, and research. The reports of these deliberations as accepted on the following day will become the society's official opinion and will serve as authoritative information which when disseminated will undoubtedly result in clarifying some of the present needless confusion. This would seem to be an important next step toward improving the management and control of gonorrhea.

The chairmen of the sections desire all possible assistance from the members who are urged to attend and take an active part in the deliberations of the section meeting most in line with their interests.

The second day will open with the business meeting following which the sections will submit their reports. There will be ample opportunity for generous discussion before the reports are accepted. The final afternoon will be devoted to the presentation of some extremely interesting papers.

C. C. NORRIS, M. D.
President

Oscar F. COX, M. D.
Secretary

PROGRAM

Fourth Annual Session of the American Neisserian Medical Society

May 16

10 A. M.

Symposium on Sulfanilamide

R. D. Herrold, M. D.

A. Jacoby, M. D.

J. F. Mahoney, M. D.

C. M. Carpenter, M. D.

Perrin H. Long, M. D.

(guest speaker)

P. S. Pelouze, M. D.

2 P. M.

Presidential Address, C. C. Norris, M. D.

Section meetings

Male Clinical, P. S. Pelouze, Chairman

Female Clinical, C. C. Norris, Chairman

Laboratory and Research, C. M. Carpenter, Chairman.

May 17

10 A. M.

Business meeting
Election of officers
Election of members
Committee reports
Report of Laboratory & Research Section
Report of Female Clinical Section
Report of Male Clinical Section

2 P. M.

History of Gonorrhea During the Middle Ages (M. L. Brodny, M. D.)
Suggestions for Elevating the Standard of Gonorrhea Clinics

(Walter Clarke, M. D.)

Providing Treatment for the Indigent (N. A. Nelson, M. D.)

The Epidemiology of Gonorrhea (R. A. Vonderlehr, M. D. and Lyda J. Usilton)

Effect of Gonotoxin on Mice and its Neutralization with Antitoxin (C. M. Carpenter, M. D.)

American Public Health Association

"Public Health in the World of Tomorrow" is the central theme of the 67th Annual Meeting of the American Public Health Association to be held in Kansas City, Mo., October 25—28.

Recognizing that the responsibilities of the health official have expanded by sheer force of necessity into fields of diagnosis and treatment, considered in the very recent past as beyond the circle of health department

obligations, the program of the Association's 67th convention will attempt to look around the corner and see what's ahead for the career man or woman in the public health profession.

It is agreed in Association councils that the advance in public health has been so rapid in the last half dozen years that a clarification of current objectives and politics is urgently needed. The convention will sound that note at the beginning of its deliberations, getting under way with a session devoted to a discussion of the present state of the health of the nation. Thereafter, the central theme, "Public Health in the World of Tomorrow" will be emphasized throughout the several days of meetings.

The American Public Health Association is a society of professional public health workers. Its membership numbers nearly 6,000 and includes health officers, laboratory workers, vital statisticians, industrial hygienists, child hygienists, public health engineers, food and drug experts, health education authorities, nurses, epidemiologists and others who specialize in disease prevention and health promotion.

An attendance of 3,000 is expected at the Kansas City Annual Meeting drawn from every state in the Union, from Canada, Cuba, Mexico, and from abroad.

PARA GONORREA AGUDA ARGYROL



Las trágicas consecuencias de la gonorrea pueden impedirse a menudo mediante la aplicación terapéutica de Argyrol durante el primer periodo de la infección.

A causa de su notable eficacia para el tratamiento de las infecciones neisserianas y otras de la membrana mucosa, la solución de Argyrol (de 5 a 10 por ciento) aplicada a la uretra—(como en el hombre) e instilada en la cervix, (boca de la matriz) constituye el tratamiento preferido por muchos ginecólogos y urólogos.

Argyrol es especialmente eficaz en

estos casos, por razón de ciertas propiedades específicas, que son las que le han dado preeminencia en la terapéutica de las proteínas de plata. Argyrol es distinto de los demás productos proteínicos de plata, porque sus elementos constituyentes son materialmente distintos. Jamás ha sido posible duplicar el Argyrol química ni físicamente: es la única sal de plata que no tiende a volverse irritante al aumentar su concentración. Si usted insiste en exigir el nombre BARNES en todas las soluciones que compre o que recete, podrá garantizar los resultados que usted espera obtener del ARGYROL. S38A4

Argyrol es fabricado solamente por A. C. BARNES



A. C. BARNES COMPANY, INC., NEW BRUNSWICK, N. J.

DESDE HACE 35 AÑOS, FABRICANTES EXCLUSIVOS DEL ARGYROL Y EL OVOFERRIN

"Argyrol" es un producto de marca registrada, propiedad de A. C. Barnes Co., Inc.

**Dondequiera que esté indicado el uso
del cornezuelo de centeno usese la**

ERGOKLONIN

de WYETH

LIQUOR ERGOTAE PURIFICATUS

Preparación normalizada, estable y de gusto agradable, de la ergonovina, el alcaloide descubierto recientemente del cornezuelo de centeno.

Se cuentan entre sus ventajas sobresalientes las que se especifican a continuación:

- Comienzo rápido y efectivo del clonus uterino y pronto dominio de la hemorragia que ocurre después del parto.
- Mejoría del tono uterino y pronta involución.
- Su uso es inocuo y no hay los efectos toxicos concomitantes de las antiguas preparaciones del cornezuelo de centeno.

Para administración oral o rectal. Acción positiva en menos de cinco minutos. Dura el efecto de tres a seis horas.

**JOHN WYETH & BROTHER INCORPORATED
PHILADELPHIA, PA., E. U. A.**

MUESTRAS Y MATERIAL DESCRIPTIVO A SOLICITUD.
Distribuidores: CASTAGNET & CASTILLO CO., Box 618 (1 Tanca St.) San Juan, P. R.

SCILLAREN

GLUCOSIDO CARDIO-RENAL
DEL BULBO DE LA ESCILA

INDICACIONES:

Diurético azotúrico genuino, cardio-renal para tratamientos prolongados

POSOLOGIA MEDIA y DIARIA

De 2 a 6 comprimidos al día, o X a XL gotas 2 a 3 veces al día, o una ampolla de una vez por vía endovenosa



Para muestras y literatura dirigirse a

SANDOZ CHEMICAL WORKS, INC.

61-63 VAN DAM ST.

NEW YORK, N. Y.

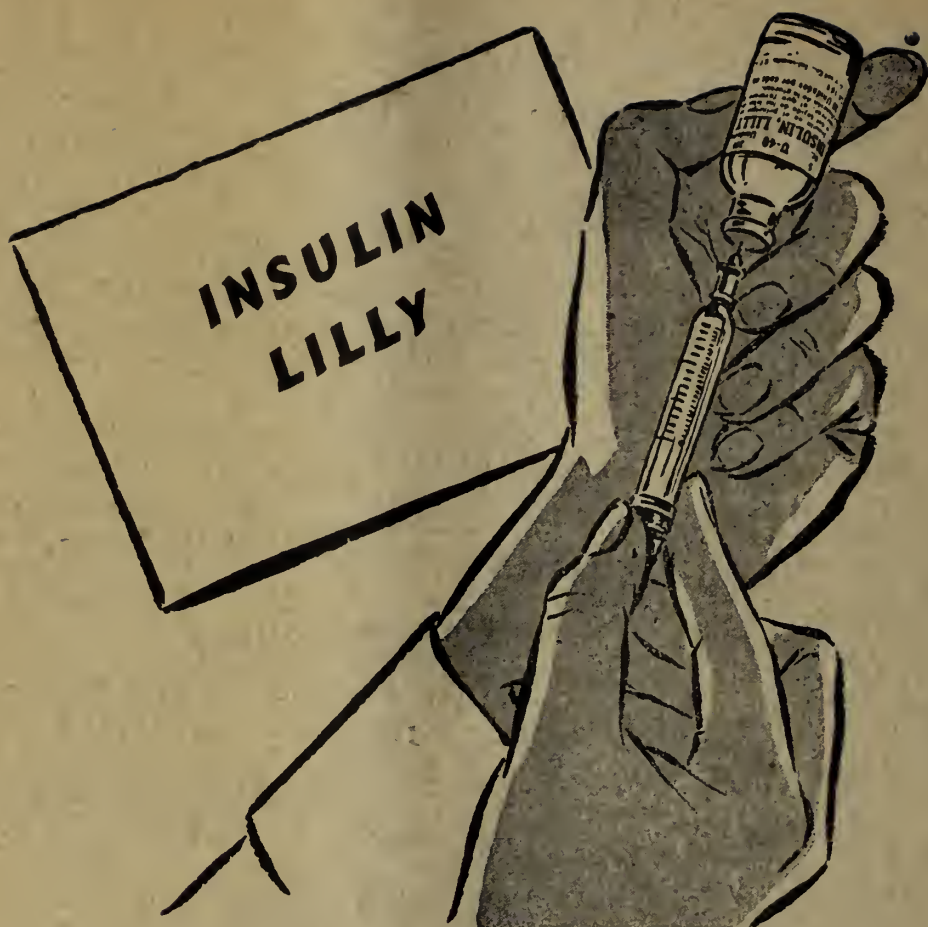
Insignias de Médico

Pronto tendremos en nuestro poder un nuevo stock de las insignias para automóviles con el nombre de nuestra asociación.

Suplicamos a todos los compañeros que aun no han adquirido este nuevo emblema que nos envíen su orden a fin de despacharlas tan pronto lleguen a nuestro poder.

Estas insignias se expenderán a \$2.50 cada una, y solamente se venderán a los médicos asociados.

DR. ANTONIO ORTIZ,
Tesorero.



ESTE producto es altamente purificado y refinado y está desprovisto especialmente de proteínas reaccionarias. Insulin Lilly se ensaya con toda exactitud y su acción es uniforme.

Ha sido la política Lilly compartir con sus clientes el beneficio

de las economías derivadas de una producción en grande escala y, como resultado de ello, el Insulin Lilly puede hoy día comprarse a precios que representan sólo una pequeña fracción de su costo cuando se introdujo por primera vez a la profesión médica.

Lilly

ELI LILLY AND COMPANY

INDIANAPOLIS, INDIANA, E. U. A.

AÑO XXX

MAYO, 1938.

Número 5

BOLETIN

DE LA

ASOCIACION MEDICA DE PUERTO RICO

ORGANO OFICIAL

PUBLICACION MENSUAL

Ave. Fernández Juncos, Parada 19

Santurce, Puerto Rico

Entered as second class matter, January 21, 1931 at the Post Office at San Juan, Porto Rico, under the act of August 24, 1912.

INDICE



	PAGINA
Anotaciones sobre la Pneumonolisis intrapleu- ral de Jacobaeus, Luis A. Passalacqua, M. D., Ponce, P. R. -----	173
Strangulated Hernia - Reduction en Masse, Jorge del Toro, M. D., Santurce, P. R. -----	178
Consideraciones preliminares al tratamiento de la Sífilis, R. Arrillaga Torrens, M. D., Río Piedras, P. R. -----	184
Legislación de interés para el Médico-----	188
EDITORIAL -----	203
Noticias Médico-Sociales -----	206

SUSCRIPCION ANUAL TRES DOLARES

Casa Baldrich, San Juan, P. R.

NUESTRO CONCEPTO DE LA ETICA

Jarabe Neo-IRON
Elixir Neo-IRON
Jarabe Neo-IRON
COMBINADO
Yod-IRON (JARABE)

ANTIANEMICOS, DE SABOR
AGRADABLE Y OPTIMOS
RESULTADOS, AL SULFATO
DE HIERRO (FERROSO)
Y COBRE.

AFLEG LABORATORIES

A. F. LEGRAND, FARMACEUTICO

APARTADO 326

SAN JUAN, P. R.

Especialidades Farmacéuticas de Alta Calidad,

SOLO HAY una persona que sabe hacer uso adecuado de los medicamentos y preparaciones farmacéuticas; esa es

EL MEDICO

Al médico va dirigida nuestra propaganda e información sobre nuestras especialidades. A él le garantizamos la exactitud, pureza, escrúpulo y cuidadosa manipulación en el proceso de manufactura de nuestros productos. A él le mostramos nuestras fórmulas. Para nuestros productos no hacemos reclamos de virtudes exageradas.

El médico, con la fórmula a la vista y con la anterior garantía, sabrá del mejor uso y aplicación de nuestros preparados.

Nuestros hábitos y escuela profesional no nos permite actuar de otro modo y ni siquiera sobre esta base, pretendemos recabar del médico nada que no se funde en su propio convencimiento y experiencia con nuestras especialidades.

Así le invitamos cordialmente a que nos solicite muestras y las ensaye.

L A S A

PARA LAS ENFERMEDADES DE LAS VIAS RESPIRATORIAS FORMULA

300 c. c. de LASA contienen:

Ortoguayacolsulfonato potásico	5 gramos
Jarabe de brea	40 c. c.
Jarabe savia de pino	50 "
Jarabe bálsamo tolú	60 "
Glefina	150 "

ANDROMACHUS CORPORATION

LONG ISLAND CITY, NEW YORK

ENRIQUE VELEZ POSADA

Calle O'Donell Núm. 12, Box 1018, San Juan, P. R.

La Historia del OLEUM PERCOMORPHUM DE MEAD

FUENTE NUEVA, NATURAL, ECONÓMICA Y POTENTE DE VITAMINAS A Y D

EL OLEUM PERCOMORPHUM o Aceite de Hígado de Percomorfo, es el fruto de un decenio de investigaciones profundas por parte de nuestro laboratorio de investigación, en busca de un aceite natural más rico en vitaminas A y D que el aceite de hígado de bacalao, y más económico para el enfermo.

La Farmacopea de los Estados Unidos (IX, 1916 y X, 1925), declaró que el aceite de hígado de bacalao era el procedente de hígados de peces de la familia *Gadidae*. Como ésta cuenta con unas 50 especies aparte de la *Gadus Morrhua*, a las más importantes de las mismas dirigimos nuestros primeros estudios. Ocurrióseos también que quizás existiera otra especie o familia u orden de peces con cuyo aceite de hígado pudiera lograrse una mezcla parecida al Oleum Morrhuae pero más rico en vitaminas.

Dirigidos así nuestros estudios hacia otras especies, para 1927 ya habíamos comparado cuantitativamente el valor antirraquítico de los aceites de 15 especies de peces junto con el de otros 11 aceites y grasas, o sea la investigación más minuciosa de fuentes de vitamina D llevada a cabo hasta entonces. Destacábase entre ellas el aceite de hígado del pez llamado "hinchador" con una potencia vitamínica 15 veces mayor que la del aceite de hígado de bacalao. Aunque dicho pez no era obtenible en el comercio, animó sumamente a los investigadores el haber dado con una especie que rendía cantidad tan apreciable de vitaminas.

Habiendo descubierto que, cuanto más magros son los hígados, más rico es el aceite, emprendimos una investigación de todos los peces obtenibles en el comercio así como de especies más raras. A las islas del Pacífico y del Atlántico y a los continentes más lejanos enviamos peritos, y de puertos que jamás habían dispuesto de frigoríficos, obtuvimos hígados refrigerados para nuestros experimentos. Este estudio ictiológico fué interrumpido en el año 1928 cuando introducimos el ergosterol irradiado (Acterol).

En el año 1929 el investigador noruego, Schmidt-Nielsen, comunicó que el aceite de hígado de halibut, (hippogloso) era superior al de bacalao en vitamina A, e investigado el punto entonces lo mismo que ahora opinamos que, si bien el aceite de hígado de halibut señalaba un avance importante, dejaba mucho de desear por representar forzosamente una fuente muy costosa de vitamina D, y de aquí que viniera a usarse principalmente

como vehículo del ergosterol irradiado para suministrar la vitamina A.

Prosiguiendo nuestros estudios, nuestros laboratorios llevaban ultimados allá para 1934 miles de ensayos biológicos con aceites de más de 100 especies diferentes, a fin de determinar sus características vitamínicas. Los resultados, publicados en revistas científicas en enero y abril de 1935, constituían la culminación de un estudio que, sin exagerar, había abarcado todos los mares conocidos.

Recopilados los datos referentes a más de 100 especies, hízose patente que los peces pertenecientes a la orden conocida con el nombre de Percomorphi se distinguen de los demás, en que poseen (casi sin excepción) concentraciones fenomenales de vitaminas A y D, habiendo aceites de percomorfo que acusan 50, 100, 500 y hasta 1,000 veces más vitaminas A y D que el aceite de hígado de bacalao corriente!

Rara vez son los aceites de hígado de Percomorfo igualmente ricos en ambas vitaminas, pero combinados esmeradamente los ricos en vitamina A y los ricos en vitamina D obtiéndose una mezcla aproximadamente 200 veces más rica que el aceite de hígado de bacalao tanto en vitamina A como D. Por ser bastante difícil medir una dosis ordinaria de aceite tan concentrado, lo que hacemos es diluir el aceite de hígado de percomorfo con un volumen aproximadamente igual de aceite de hígado de bacalao.

El producto resultante es el Oleum Percomorphum de Mead, 100 veces más rico que el aceite de hígado de bacalao F.E.U. en ambas vitaminas A y D. Diluyéndolo aún más obtenemos el Aceite de Hígado de Bacalao con Aceite de Hígado de Percomorfo de Mead, 10 veces más potente que el aceite de Hígado de Bacalao F.E.U., tanto en vitaminas A como D. La potencia por gramo del primero es de 60,000 unidades internacionales de vitamina A y 8,500 unidades internacionales de vitamina D; y la del último, 6,000 unidades internacionales de vitamina A y 850 de vitamina D.

Lo mismo que el aceite de hígado de bacalao representa una mezcla de varias especies del bacalao, el Oleum Percomorphum de Mead es una mezcla de varias especies del percomorfo.* La gran diferencia estriba en que el nuevo producto es 100 veces más potente tanto en vitamina A como D.

El Oleum Percomorphum de Mead se halla disponible en frasquitos de 10cc. y 60cc. y en cajitas de 25 cápsulas de 10 gotas. El Aceite de Hígado de Bacalao con Aceite de Hígado de Percomorfo de Mead se expide en frascos de 90cc. y 480cc.

*Principalmente *Xiphias gladius*, *Pneumatophorus diego*, *Thunnus thynnus*, *Stereolepis gigas*, y especies muy afines.

MEAD JOHNSON & COMPANY, Evansville, Indiana, E. U. A.

Muestras y literatura a disposición de los Sres. Médicos.
Enrique Velez Posada, P. O. Box 1018, San Juan, Puerto Rico.



PLÁSTULES HEMATÓGENAS

MEDICACION FERROSA MEJORADA

Ya no son necesarias las grandes dosis para el tratamiento satisfactorio de la anemia hipocrómica. Las investigaciones independientes han demostrado que las Plástules Hematógenas producen rápidamente una reacción clínica que equivale a los resultados obtenidos con dosis elevadas de hierro administrado en otra forma. En general, el paciente requiere diariamente sólo tres Plástules Hematógenas Simples, dosis que evita los efectos desagradables asociados, por regla general, a la administración oral de grandes cantidades de hierro. Tendremos mucho gusto en mandar muestras y folletos a solicitud.



THE BOVININE COMPANY • CHICAGO, ILLINOIS, E. U. A.

MUESTRA Y MATERIAL DESCRIPTIVO A SOLICITUD.
Distribuidores: CASTAGNET & CASTILLO CO., Box 618 (1 Tanea St.) San Juan, P. R.

Infecciones de los senos frontales en los Niños

ARGYROL



Cuando los niños sufren de anorexia, estreñimiento, anemia secundaria y, en general, falta de resistencia, a menudo sobrevienen infecciones de los senos frontales después de un resfriado, particularmente durante el invierno. Un especialista en enfermedades infantiles (el Dr. C. G. Kerley) recomienda para casos así el atento examen de los factores constitucionales y la aplicación local de tapones saturados con una solución de Argyrol al diez por ciento, conforme al método de Dowling. Aplicándolo cada 5 o 6 días, se obtienen excelentes resultados. Argyrol es singularmente eficaz en estos casos, debido a la notable influencia descongestionante y detergente que ejerce sobre

los tejidos nasales, inflamados.

Argyrol es sui generis y *no* una benigna proteína de plata como hay tantas. Es un compuesto químico único en su clase y químicamente distinto de otras sales de plata. Prototipo de los productos benignos de plata, Argyrol no ha podido ser duplicado nunca con éxito. Ninguna otra composición contiene plata en las mismas condiciones químicas o físicas, ni proteína de tan alta calidad o tan adaptable. *Argyrol es la única sal de plata que no se vuelve irritante al aumentar de concentración.* Si insiste usted en el nombre BARNES en todas las soluciones que compre o recete, quedarán garantizados los resultados que usted tiene derecho a esperar.

S38A5

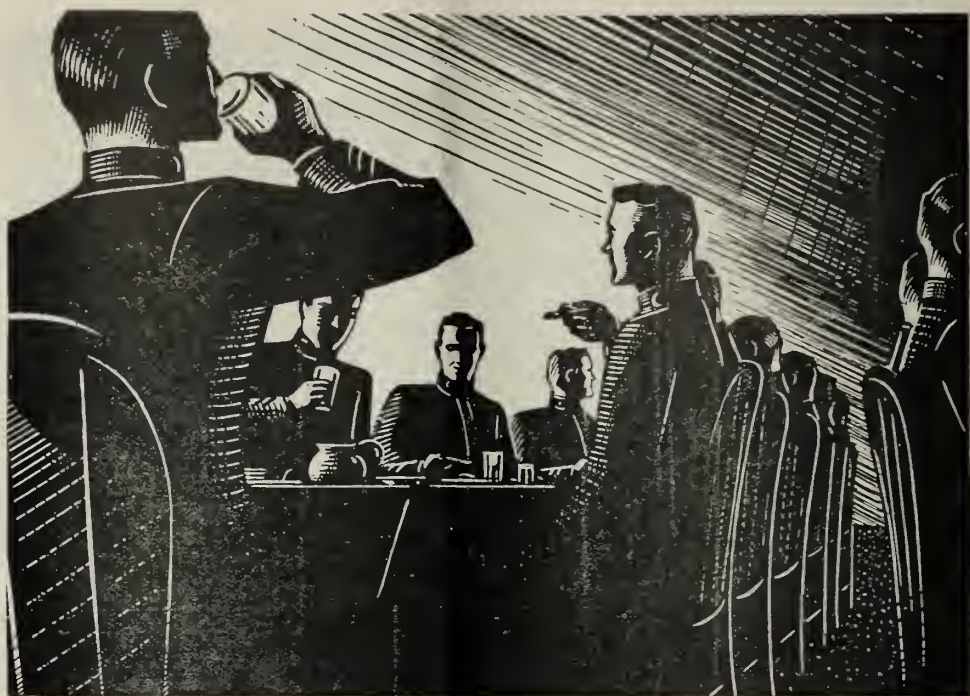
Argyrol es fabricado solamente por A. C. BARNES



A. C. BARNES COMPANY, INC., NEW BRUNSWICK, N. J.

DESDE HACE 35 AÑOS, FABRICANTES EXCLUSIVOS DEL ARGYROL Y EL OVOFERRIN

"Argyrol" es un producto de marca registrada, propiedad de A. C. Barnes Co., Inc. 4-



EL RÉGIMEN ALIMENTICIO

El debido régimen alimenticio ayuda a la eliminación normal y es un factor que hay que considerar, especialmente cuando hay estreñimiento. Petrolagar Simple, por el hecho de sólo llenar una función lubricante y emoliente, es también una ayuda para la eliminación normal. Es útil como coadyuvante del régimen alimenticio porque pasa a través de las masas atascadas y duras y produce heces blandas que salen fácilmente. Petrolagar se prepara en cinco tipos . . . Simple, Sin Azúcar, con Fenoltaleína, con Leche de Magnesita y con Cáscara, ofreciendo así un surtido del que podrá seleccionarse el tratamiento que se adapte a cada paciente individual . . . Petrolagar Laboratories, Inc., Chicago, Ill., E. U. A.

Petrolagar es una emulsión mecánica de petrolato líquido puro (65% por volumen) y de agar-agar. Aceptado por el Consejo de Farmacia y Química de la Asociación Médica Americana para el tratamiento del estreñimiento.

Petrolagar

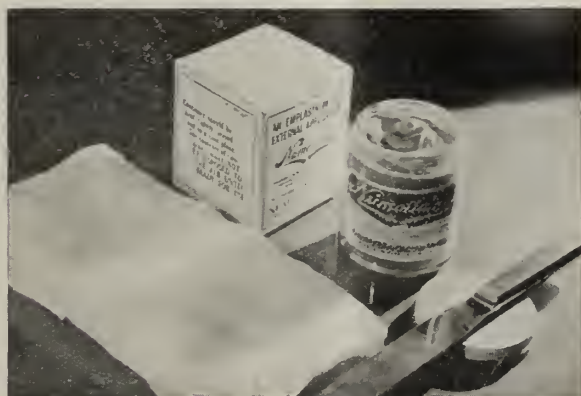
MUESTRA Y MATERIAL DESCRIPTIVO A SOLICITUD.
Distribuidores: CASTAGNET & CASTILLO CO., Box 618 (1 Tanca St.) San Juan, P. R.

Alivia el Dolor Disipa la Congestión Reduce la Fiebre

Las propiedades descongestivas, anodinas y antifebriles de una cataplasma medicada se encuentran en

NUMOTIZINE

En condiciones tales como forunculosis, abscesos, inflamación glandular, torceduras, contusiones, afecciones del pecho, Numotizine applicada sobre el área de la inflamación combina en sí el efecto descongestivo local de un emplastro y el efecto sistémico de la absorción lenta del guayacol y la creosota.



NUMOTIZINE, INC.

900 NORTH FRANKLIN STREET, CHICAGO, E. U. de A.



KAOMAGMA

MAGMA ALUMINAE ET KAOLINI

- adsorbe las toxinas intestinales
- detiene la diarrea
- suspende la deshidratación
- suaviza la mucosa inflamada

KAOMAGMA es una preparación del caolin medicinal más fino cuya capacidad de adsorción se ha activado varias veces por medio de la dispersión fluida en gel de óxido de aluminio. Kaomagma da firmeza y solidez a las heces líquidas e impide la disminución de la cantidad de líquidos como ocurre en los estados diarreicos. Adsorbe gases, mucosidades y toxinas bacterianas, lo que evita toda nueva irritación de la mucosa intestinal. Al mismo tiempo, su acción suaviza y protege decisivamente la membrana que tapiza los intestinos, reduciendo el dolor y la incomodidad y acelerando el retorno de la función intestinal normal.

Kaomagma Simple y Kaomagma con Aceite Mineral se surte en frascos de 175 c. c.

JOHN WYETH & BROTHER INCORPORATED
PHILADELPHIA, PA., E. U. A.

MUESTRAS Y MATERIAL DESCRIPTIVO A SOLICITUD.
Distribuidores: CASTAGNET & CASTILLO CO., Box 618 (1 Tanca St.) San Juan, P. R.



Cuando la Naturaleza
no logra

NEUTRALIZAR

Bajo condiciones normales, la Naturaleza mantiene en el estómago un grado de acidez adecuado, lo suficiente para la digestión gástrica. Pero los alimentos inapropiados, las irregularidades intestinales, los hábitos sedentarios, a menudo alteran el curso normal de la Naturaleza.

Cuando los factores naturales de neutralización—tales como alimentos, saliva, secreción del extremo pilórico del estómago, y la regurgitación del contenido duodenal por el píloro—causan una condición de hiperacidez, se hace necesaria entonces la Leche de Magnesia de Phillips, el antiácido "standard" desde hace más de medio siglo.

Los médicos recetan la Leche de Magnesia de Phillips porque combina varios puntos ventajosos como antiácido—es eficaz, fácil de tomar, y no produce dilatación por gas o irritación.

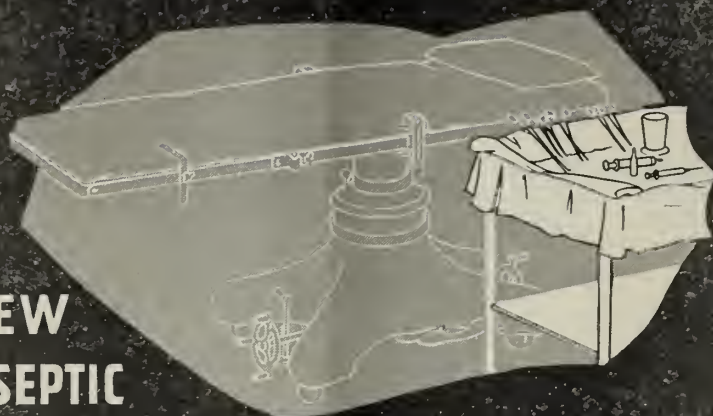
Una cantidad adecuada de Leche de Magnesia de Phillips neutralizará una cantidad de ácido tres veces mayor que una solución saturada de bicarbonato de soda y cincuenta veces mayor que el agua de cal.

Con mucho agrado pondremos a su disposición muestras gratis de este admirable remedio para niños y adultos, si Ud. tiene a bien solicitarlas a: Sterling Products Export, Inc., 170 Varick Street, New York City, U. S. A.

Leche de Magnesia de
PHILLIPS
EL ANTIACIDO-LAXANTE IDEAL

A NEW ANTISEPTIC

DEVELOPED ON AN ENTIRELY NEW CHEMICAL BASIS • CONTAINS NO PHENOL • IODINE • MERCURY OR OTHER HEAVY METALS



ZEPHIRAN

TRADEMARK REG. U. S. PAT. OFF.

Brand of Dialkonium

MIXTURE OF HIGH MOLECULAR ALKYL-DIMETHYL-BENZYL-AMMONIUM CHLORIDES

**ANTISEPTIC
FOR ALL SURGICAL AND
GYNECOLOGICAL PROCEDURES**

- **High bactericidal potency**
- **Non-poisonous and non-irritating**
- **Practically odorless and stainless**
- **Economical in use**



Alba

PHARMACEUTICAL CO. INC.

80 VARICK STREET, NEW YORK, N. Y.

LABORATORIES & FACTORY:
RENSSELAER, N. Y.

GENERAL ANTISEPTIC FOR THE DISINFECTION OF
SKIN...MUCOUS MEMBRANES...INSTRUMENTS...
AND AS A FIRST-AID PROPHYLACTIC

Available as ZEPHIRAN TINCTURE 1:1000, tinted and untinted
ZEPHIRAN AQUEOUS SOLUTION 1:1000, stainless
IN GALLON AND EIGHT-OUNCE BOTTLES

BOLETIN DE LA ASOCIACION MEDICA

DE PUERTO RICO

PUBLICADO MENSUALMENTE BAJO LA DIRECCION DE LA JUNTA EDITORA

Año XXX

MAYO, 1938.

No. 5

ANOTACIONES SOBRE LA PNEUMONOLISIS INTRAPLEURAL DE JACOBÆUS

LUIS A. PASSALACQUA, A.B., M.D. *

Ponce, P. R.

INTRODUCCION

El propósito de este trabajo es presentar el resultado de la pneumonolisis intrapleural hecha en Ponce, y traer una relación general sobre el estado presente de dicha operación. La primera fué hecha en Ponce el día 19 de abril de 1937. Desde entonces se han hecho 106.

El tratamiento de la tuberculosis pulmonar es sumamente variado porque la enfermedad en sí presenta numerosas mutaciones. Es imposible decir que un solo tratamiento posee todas las virtudes necesarias para combatir la plaga blanca. Al presentar este trabajo no hemos de permitirle al entusiasmo eclipsar el mérito de los demás. Es muy fácil a una idea, predominar sobre la imaginación.

DETWEILER, FORLANINI Y JACOBÆUS

La elaboración del pneumotórax artificial, en el año 1882, por el método de Forlanini, ha sido el paso de más importancia que se ha registrado en la evo-

lución del tratamiento de la tuberculosis pulmonar, desde que se estableció el sistema de Sanatorios el año 1870.

Sinembargo, el colapso pulmonar, por ese método es insuficiente en un gran número de enfermos, debido a que, adherencias entre la pleura parietal y la visceral, impiden la retracción completa del pulmón. Este hecho ha constituido un verdadero problema en el tratamiento de la tuberculosis pulmonar durante los últimos 30 años de nuestra época. Es pues, de importancia fundamental el tratamiento de las adherencias pleuríticas.

Con el pneumotórax artificial, en el curso de varios meses, algunas adherencias, o se rompen, o se estiran de tal manera, que no han de causar daño; pero, cuando esto no se puede conseguir en un plazo razonable de tiempo, es casi seguro que el pneumotórax artificial será inútil. Entonces está indicada la pneumonolisis intrapleural.

La pneumonolisis intrapleural fué ingeniosamente ideada por Jacobæus en el año 1913, en Estocolmo. No fué aceptada generalmente, porque, en su principio, las complicaciones post-operatorias fueron muchas y graves.

* M. S. in Surg., F. A. C. S., Jefe cirujano de la Clínica Quirúrgica del Dr. Pila, Cirujano del Sanatorio Insular de Tuberculosis de Ponce. Dr. José Vivas, Director del Sanatorio.

En los últimos años, considerando esos peligros y dificultades técnicas, se ha reservado la operación solamente para aquellos casos en que las medidas más sencillas y menos peligrosas hayan fracasado completamente.

Sauerbruch en su obra sobre "La Cirugía del Tórax" publicada en español en el año 1925, condena el método como irracional y lo tenía postergado completamente de su Clínica.

John Alexander en su obra sobre "La Cirugía de la Tuberculosis Pulmonar" publicada también en aquel mismo año, solamente menciona la operación de Jacobaeus como un asunto de correspondencia con el distinguido médico de Estocolmo.

En los últimos años ha sido de tal manera aceptada esta operación, que tiene la consagración de la clase médica; aunque es en sí un tratamiento secundario, en el sentido de que su uso no es admisible hasta que no haya sido instituido previamente el pneumotórax artificial.

CUANDO SE DEBEN CORTAR LAS ADHERENCIAS

En la serie de nuestros operados hubo 89 enfermos a quienes la operación de Jacobaeus fué hecha con éxito. En los 17 restantes, solamente nos limitamos a hacer una exploración. Del total de 106 enfermos sometidos a la toracoscopia, el 84% se pudo operar satisfactoriamente y el 16% no se pudo operar. Esto demuestra que se debe ser cuidadoso en la selección de los casos.

Muchas veces, es imposible determinar a ciencia cierta por cuanto tiempo se debe continuar el tratamiento de pneumotórax en presencia de bandas pleuro-pulmonares, pues se debe tratar de conseguir que esas bandas estiren lo

más posible. En algunos casos, al finalizar el segundo mes, ya es posible decir por tipo de adherencia gruesa y fuerte, si han de estirar más o no; en otros casos, las adherencias continúan cediendo lentamente tal como puede apreciarse en el curso de varios roentgenogramas, haciendo razonable la continuación del pneumotórax. En esas condiciones, el aumento de la presión intrapleurálica por medio del pneumotórax con el objeto de alargar las adherencias, está en parte justificado; pero ha de tenerse en cuenta que, cuando las adherencias son muy resistentes, el aumento de la presión intra-pleurítica puede traer consigo el desgarrar del tejido pulmonar y el desarrollo de los empiemas y del pneumotórax espontáneo; o, como sucede en algunos casos, las adherencias en forma de bandas o cortinas se organizan, y se acortan produciendo una re-expansión del pulmón, con la recurrencia de los síntomas hécticos.

El primer requisito para operar será la existencia de una cavidad abierta que, después de un tiempo razonable de 4 o 6 meses, se pueda demostrar que las adherencias están impidiendo el colapso satisfactorio. También debe haber una posibilidad razonable de que el enfermo va a ponerse bien con la operación. No deben existir serias complicaciones, tales como la extensión de la enfermedad al pulmón del otro lado; y la cavidad del pneumotórax debe ser lo suficientemente grande para permitir la introducción y manipulación de los instrumentos.

La mayor parte de las adherencias que se pueden cortar con buen éxito, corren en proporción directa a la edad del pneumotórax establecido. Mientras más

viejo es el pneumotórax, mayor el éxito de la cauterización.

Una intervención temprana está permitida en los hemotísicos; cuando hay tos violenta y prolongada después de un pneumotórax; cuando las adherencias son fáciles bajo el punto de vista técnico; cuando están sujetando una cavidad superficial rodeada de lesiones exudativas; cuando el continuo traumatismo producido por los movimientos respiratorios, que al tirar de las adherencias, estimulan a mayor actividad las lesiones exudativas; y cuando, el aumento de la presión, para mantener el pulmón colapsado, produce una presión desagradable en el hígado y en el estómago, con náuseas, inapetencia y desmejoramiento del estado general del enfermo.

Un colapso satisfactorio por medio de una presión intra-torácica positiva, en presencia de bridas, somete al enfermo a los peligros que pueda ocasionar su estiramiento forzado: tales como las desviaciones del mediastino, que a veces producen trastornos respiratorios en el pulmón del otro lado, sin que el pulmón afecto presente mayor colapso, y los trastornos circulatorios, por el desplazamiento del corazón y los grandes vasos. En estos casos, no solamente es inútil el tratamiento por el pneumotórax, sino que es contraproducente; obteniéndose gran beneficio, sin embargo, al cortar las bridas.

En los piotóraces crónicos, no está contraindicada la operación; a menos que el exudado sea tan profuso, o estén de tal modo cubiertas de fibrinas las adherencias, que sea imposible determinar la naturaleza del tejido que se va a cauterizar.

Mientras más angostas y largas sean las bridas, más fácil será de cortarlas. Los casos mejores son aquellos en que la cavidad queda colgando de una sola adherencia. Ellos se deben operar lo más pronto posible; porque además presentan el gran peligro de que la presión del aire pueda producir la rotura del tejido pulmonar circunscrito.

Cuando hay tubérculos en la pleura parietal o visceral, es preferible la toracoplastia. Ello no necesariamente impide su división por medio de la toracocautia, en caso necesario.

CUANDO NO SE DEBEN CORTAR LAS ADHERENCIAS

A diez y siete de nuestros enfermos, fué técnicamente imposible cauterizar las bridas. Las menores de 2cm. de longitud, rara vez pueden cauterizarse, porque contienen generalmente tejido pulmonar. Adherencias agrupadas, pequeñas, cortas y gruesas, deben respetarse, lo mismo que las frescas porque traen complicaciones frecuentes.

Cuando éstas no ejercen designio de importancia en las lesiones pulmonares, por estar situadas en lugares no afectos, tienen muy poco valor clínico; lo mismo, aquéllas que se aflojan durante cualquier fase del acto respiratorio. En tales casos es preferible la no intervención.

Al inducir un colapso, cortando las adherencias, hay que considerar la reserva pulmonar del enfermo. Un colapso repentino del pulmón, puede resultar en una sofocación inmediata; especialmente si hay lesiones grandes en el otro lado o si éste ha sido colapsado previamente, por medio de un pneumotórax artificial o cualquiera otra operación, o si el paciente tiene una capacidad vital pobre y está disnéico.

El mero hecho de que existan adherencias pulmonares, no es una indicación para operar, aunque se ha encontrado en autopsias, tejidos pulmonares en estado activo de invasión tuberculosa, en sitios en que las adherencias habían quedado intactas.

Muchos casos sometidos a operación, pueden mejorar sin necesidad de ella. No es necesario tampoco recurrir a una presión intrapleurál positiva para romper o estirar las adherencias.

Si las radiografías antes del pneumotórax demuestran una cavidad superficial, y una serie de radiografías durante la evolución del pneumotórax demuestra adherencias que sostienen el pulmón cerca de la pared torácica, es natural sospechar que tales adherencias sostienen una extensión de la cavidad, y del tejido pulmonar, y que cortarlas sería peligroso.

EL DIAGNOSTICO POR LOS RAYOS X

Es imposible, muchas veces, determinar el tamaño, forma, y posición de las adherencias intrapleuríticas, por medio de los Rayos X. De la única manera que se puede obtener esa información es usando la toracoscopia directa. Sin embargo, la placa radiográfica, es indispensable, no solamente bajo el punto de vista de las bridas que se van a cauterizar, sino porque nos ofrece información necesaria en cuanto al estado del pulmón, posición, tamaño y número de las cavidades y tamaño del pneumotórax. Además ofrece una idea muy buena de la localidad de las bandas pleuríticas, si son anteriores, laterales o posteriores, y permite escoger con bastante certeza, el lugar de la pleurotomía exploratoria.

La operabilidad del enfermo no se puede juzgar definitivamente hasta que no se le haya sometido a un examen tora-

oscópico. En esta exploración se encuentran bridas que no habían sido visualizadas en las placas radiográficas, unas, porque son muy finas; otras, por estar escondidas detrás de bandas visibles, o de tejido pulmonar.

Sombras radiográficas que simulan una sínfisis pleuropulmonar inabordable, al ser investigado el espacio pleural se descubren como un maso libre de bandas de fácil procedimiento; por el contrario, reflecciones en forma de cordel, son series de bandas unidas y entrelazadas por cortinaje y pliegues pleuríticos, de amplia extensión y corta largura, que no deja proceder a la toracocautia.

Cuando una cavidad persiste apesar de la radiografía negativa, debe procederse a la pleuroscopia; a menudo no se revela la existencia de bridas hasta que se investiga directamente el antro pleural.

COMPLICACIONES

Muchos de los enfermos operados, tenían líquido seroso en la cavidad pleurítica antes de la operación, siendo necesario extraerles el líquido. Tres casos desarrollaron exudado purulento semanas después de la operación, en el curso del tratamiento por pneumotórax. En dos casos, ocurrió una hemorragia. Fiebre alta postoperatoria vino en cuatro casos solamente; hemorragia grave en un caso; aunque ésta se pudo detener en el curso de la operación.

También tuvimos un caso de pneumotórax espontáneo que ocurrió al noveno día después de la exploración sin que en este caso precisamente se le hubiese cortado ninguna adherencia. En un caso tuvimos un enfisema quirúrgico bastante grave que se pudo combatir satisfactoriamente. No hemos tenido hasta la fecha ningún caso de Shock, de

embolismo gaseoso u otras complicaciones operatorias. Estos resultados se comparan muy favorablemente con los reportados en la Literatura. Al estudiar el valor de la operación tenemos que tener en cuenta que el propósito es convertir un pneumotórax que no es satisfactorio, en uno eficiente.

Por lo tanto, los resultados de la operación tienen que ver principalmente con un número de pneumotóraces inútiles, que se han de convertir en pneumotóraces útiles. Así es que cuando se dice que una operación ha sido un éxito clínico y técnico bajo el punto de vista operatorio, quiere decir que las bridas han sido cortadas completamente y que a esto ha seguido un pneumotórax satisfactorio con la desaparición completa, y algunas veces inmediata, de la tos y la expectoración.

De las 106 operaciones, hemos de descartar 17 en las cuales técnicamente fué imposible cortar las adherencias. Estas eran en forma de pliegues que

unían estrechamente el pulmón a la pared torácica. Tenían gran extensión y cubrían un área inasequible de la superficie pulmonar. En estos enfermos, queda indicada la toracoplastia.

Los 7 casos clasificados como técnicamente sin éxito, pero clínicamente satisfactorios, representan combinadamente todos los tipos de adherencias, cortinas, abanicos, cuerdas, sínfisis, bandas y pliegues. Algunas de ellas no pudieron ser cortadas completamente; pero pudo obtenerse suficiente colapso pulmonar para asegurar el buen resultado clínico.

Entre los 17 inoperables, las adherencias formaban pliegues, en el ápice del pulmón, o en la pared posterior del tórax, que se extendían por el canal paravertebral hasta los lados de la celda torácica. Estas son muy peligrosas y no se puede obtener una idea clara de su naturaleza, siendo preferible evitar la intervención instituyendo otro procedimiento.

FE DE ERRATA

Deseamos aclarar por medio de esta nota, que el título del trabajo del doctor Raúl Pietri, publicado en el número de esta revista correspondiente al mes de abril próximo pasado, debió ser: "*Diagnóstico y tratamiento de los traumatismos intracraneales*", y no "Diagnóstico y tratamiento de los traumatismos internos", como por un error involuntario apareció publicado.

LA REDACCION.

STRANGULATED HERNIA

REDUCTION EN MASSE*

JORGE DEL TORO, M. D.

Santurce, P. R.

The object of this paper is to present to you the subject of the reduction en masse in strangulated inguinal hernia.

Accounts of this occurrence are very scarce in text books and medical literature; some text books not even mentioning the condition. I have not been able to find a detailed discussion on the subject.

The best account I have found is that of F. de Quervain (1) who says: . . . "If reduction has been affected by taxis we must not allow this fact to reassure us very easily, but should think of the possibility of a reduction en masse." and again, in discussing strangulation he says: "There are cases wherein we find no hernia, and are therefore incline to attribute the intestinal obstruction to some internal cause. On inquire we may learn that the patient has put back an hernia. Careful examination of the site occupied by the hernia may then show some slight retraction, and we may discover in the abdomen, behind the ring, an indefinite resistance which is painful on pressure. Our diagnosis must then be of reduction en masse. These cases are, however, becoming rarer, as fortunately violent taxis is given way to herniotomy."

Of the three cases I have to report, the first one is without hospital record. It happened in the old Municipal Hospital which was located at the site where the University Hospital stands now.

This patient was seen by me at his house in Puerta de Tierra suffering from strangulated inguinal hernia, and sent to the hospital for operation. Next morning, when inquiring about him, the "practicante" informed that the patient was all right, as he, (the practicante) had reduced the hernia by taxis (2). But not withstanding the reduction, the patient continued with symptoms of intestinal obstruction. He was finally operated upon, but too late to save his life.

The second case was in April 1920 at the Clínica Miramar.

J. G. Male. Fifty years old. White. Mechanic.

He has had an inguinal hernia of the right side for many years. The hernia was reducible and he was using a truss.

About fifty hours before admission, the hernia had protruded and became very painful. He was able to reduce it, but not as completely as other times. The pain after the attempt at reduction was sudden and severe. Soon he began to suffer from intestinal cramps and distention of the abdomen. There was collapse and vomiting.

* Presented before the School of Tropical Medicine at the meeting of March 24, 1938.

Physical examination: Thin and tall type. Heart and lungs, sound. Rapid pulse. No elevation of temperature. Profuse perspiration.

The tissues of the right inguinal region are relaxed. The scrotum is flabby and retracted. The external inguinal ring is wide, and the canal is obstructed by a soft mass. There is impulse by coughing and straining, but no bubonocoele is formed.

The abdomen is abnormally distended and tympanic. Intestinal peristalsis show very plainly. Marked tenderness on palpation, specially over the right lower quadrant where a mass is indistinctly palpable.

Diagnosis: Reduction en masse of strangulated inguinal hernia. Intestinal obstruction.

Treatment: Operation under general, ether, anesthesia. Celiotomy through external side of right rectus abdominis muscle, with lower limit of incision about two inches above the groin.

Findings: A mass was found inside the abdominal cavity consisting of a sac, running into which were the omentum and a loop of ileum. The proximal portion of the intestine was red and distended, and the distal portion collapsed. The sac was formed of peritoneum and its base was fixed to the wall about the internal abdominal ring. In the omentum, just outside the constricting ring, there were several thrombotic veins.

Procedure: The strangulated contents were released by incising the constricting ring. The omentum was found adherent to the inside of the sac, and it was ligatured and divided, and the amputated portion dissected from

the sac. The strangulated loop of ileum recovered its circulation and peristalsis after a few minutes treatment with hot saline solution. The sac was dissected and excised. The abdominal incision then closed.

A second incision was done parallel to and above Poupart's ligament, and the hernia repaired.

The recovery was uneventful.

The third case is recent.

G. N. Male. 68 years old. White. Country merchant.

Admitted to the Clínica Santurce on March 30th., 1937.

P. H. Had always enjoyed good health except for his double hernia. The hernia on the right side is twenty two years old, and was caused by lifting a heavy log of wood. The left sided hernia came some years afterwards. Both hernia descend to the scrotum and were easily reduced by the patient. Has used a double truss for many years.

P. I. On Sunday the 21st. inst., nine days ago, the right hernia became very swollen and tender. He did not try hard to reduce it because it gave him too much pain. A few days later went to town to be seen by the physician who told him his condition was serious and advised him to go to some hospital. He was given a hypodermic of morphin, after which he had a serious vertigo. When he came back to his senses the hernia was half gone, but the pain extended above the groin and to the abdomen. Soon afterwards a tumor began to develop in the abdomen.

His intestines have moved almost every day. There have been no nausea or vomiting.

He claims that neither the physician nor himself tried to reduce the hernia

by force.

Physical examination: Thin. Skin cold and wet. Pulse rapid and weak. Heart and lungs, sound. Temp. 36.8 C° Resp. 21.

Urine: s.g. 1.030. p.h. 5. traces of albumin. Granular and hyaline casts. moderate w.b.c. Rest within normal limits. Blood: w.b.c. 11,000. poly. 84%. limph. 12%. endt. 1%. eos. 3%.

There is an indirect inguinal scrotal hernia of the left side. On the right side the scrotum is retracted, and its upper portion relaxed. The inguinal canal is not patent, and the exploration causes pain. Slight abdominal distention. There are no signs of intestinal obstruction. There is a visible elevation of the abdomen at the right lower quadrant, and under this elevation a mass is clearly palpable occupying all of the right inguinal region and part of the lower umbilical region. The percussion note over the mass is less tympanic than that of the rest of the abdomen:

Diagnosis: Strangulated inguinal hernia with reduction en masse. Probable abscess formation.

Treatment: Operation under spinal anesthesia.

Findings: Filling the right iliac fossa, and to near the level of the umbilicus, there is a hard mass adherent to all the surrounding parietes. Inflammatory edema of the abdominal wall where it covers the mass. Large abscesses above and to the external side of the mass. The structures are closely adherent to the inguinal region. The transverse colon forms the upper limit of the mass. The omentum, almost totally, is strangulated and gangrenous with many

thrombotic veins. Behind the gangrenous omentum, there is a labyrinth of ileum matted together by plastic exudate and pus. At the lower portion, the tunica vaginalis testis is found everted and pulled through the inguinal canal.

Procedure: Inguinal incision as for herniotomy. No sac is found. The inguinal canal is filled by the fibrous covering of the tunica vaginalis, and covered by thick purulent exudate.

A second incision is made above the swelling through the external side of the rectus muscle. The peritoneal cavity is entered through the adhesions. The abscesses are aspirated and cleaned. The peritoneal layers are separated from the gangrenous omentum and partially resected. The gangrenous omentum is excised; the ligatures and division coming very close to the transverse colon. Toilet of the infected cavity.

The hernia is left unrepaired. The inguinal incision is sutured in part, and drained. The rectus incision is partly closed leaving ample space for draining the peritoneal cavity.

Convalescence: Immediate condition, very satisfactory.

On the sixth day after operation the abdominal incision looked bad, having a pronounced smell of grangrene. A therapeutic dose of anaerobic serum was administered. The wounds began healing nicely, and the patient was discharged twenty nine days after operation in very good condition. The hernia on his troubles being obliterated at the time.

Present condition: March 14th. 1938.

General health, good. Both incisions are perfectly healed.

The strangulated hernia remained reduced for two months from the day of leaving the hospital, and then began to form again. It consists now of a large bubonocoele, not descending to the scrotum.

Interpretation of the clinical history.

What must probably happened to our old man was, that with the help of the morphine, there was a rapid driving in of the whole contents into the abdominal cavity which produced the severe vertigo (shock) he had. In all probabilities, the strangulated contents consisted from the beginning of omentum only, as witnessed by the absence of intestinal obstruction. The gangrene of the omentum must have been preceded by thrombosis; the anaerobic infection following the gangrene.

Before we enter into the analysis of this puzzling condition of reduction en masse, let us make a short review of those anatomical points which are pertinent and will lead to a better understanding of this complicated affair.

An inguinal, scrotal hernia, consists of a sac of peritoneum inside the scrotum. This sac may be large or small, but its entrance, which is placed about the internal abdominal ring, is always the narrowest part.

In the congenital form of hernia, the contents will be inside the tunica vaginalis when there is no closure of the processus vaginalis, as in the congenital vaginal type, or above the tunica in the congenital funicular type.

In the acquired type of hernia, the sac is formed from parietal peritoneum, and the hernial contents are separated from the testis by the layer of the tunica vaginalis and the layer of peritoneum

forming the sac. These two layers, tunica and peritoneum will in time become more or less adherent to each other.

In recent and untraumatized hernia, the contents are free to enter and leave the sac; but in long standing cases adhesions will finally form, specially between the omentum and the sac. When these adhesions are extensive, the omentum remains permanently herniated. If intestinal adhesions develop, the adherent loop will also become irreducible.

In very rare instances, an hernial sac may be found between any of the plains of the abdominal wall. This is called an interstitial hernia. When the sac spreads in the properitoneal tissues, it is then called a properitoneal hernia. It may occur that an inguinal hernia may be combined with a properitoneal hernia; the two sacs communicating through a common opening.

During the reduction of hernia, the contents are replaced to the abdominal cavity; totally if there are no adhesions, or partially when adhesions are present; but in every case, **the sac will remain inside the scrotum.**

Having the above points clear in mind, let us try, and see if we can explain what happens when a strangulated hernia is reduced as a whole.

First of all; for a reduction en masse to take place, firm adhesions must exist between the contents and the sac.

It might be argued that the mechanism may consist of an inversion of the sac, that is: that the adhesions, by pulling the inside of the sac, will turn it inside out. But this can not be the way it happens. If the sac was inverted, the contents would be emptied out, and the

strangulation would be automatically released.

In cases one and two the contents consisted of omentum and intestine, shown by the persisting intestinal obstruction. In case three the omentum was only strangulated, and there was no obstruction.

The existence of adhesions seems to be the most important requisite for the production of reduction en masse, as they will prevent the contents from leaving the sac. In these cases the strangulation must be due to constriction at the neck of the sac and not to other external structures about the canal; otherwise the entire sac would not find its way inside.

It is suggested by some that the reduction en masse may take place also into a properitoneal sac, and not only into the peritoneal cavity. (3)

What is the condition of the parietal peritoneum around the internal ring, when an hernia is reduced en masse? If the reduction should take place into a properitoneal sac, the neighboring peritoneum might not be much disturbed; but if the reduction takes place into the peritoneal cavity, it must be radically distorted.

The parietal peritoneum around the internal ring will tend to check or prevent the intrusion of the hernia, but if it can not do it, one of three things must happen, or a combination of any of the three, viz: the peritoneum would either be torn, slided, or elevated from its bed.

In the cases reported, case two seems to have been a true reduction en

masse into the peritoneal cavity. Case three may have had a properitoneal sac into which the strangulated hernia was transferred. This I could not make clear, for the distortion to the anatomical relations caused by the severe infection prevented the proper recognition of the tissues involved and their relative position.

DIAGNOSIS

Although the condition is seldom encountered, it is well to bear in mind its possible occurrence. An error in diagnosing this complication may mean the life of a patient.

I think that the following points may be suggested for the diagnosis of reduction en masse:

First: The previous existence of an indirect inguinal hernia is obviously a *sine qua non* condition in the history of the case.

Second: When a patient gives a history of strangulated inguinal hernia that has suddenly disappeared, either spontaneously or by taxis.

Third: When the symptoms of strangulation or of intestinal obstruction persists after the reduction or disappearance of the hernia.

Fourth: When a more or less defined tumor mass is found in the lower abdomen above the groin of the side of the emptied hernia.

Fifth: When the scrotum is found lax and its button is retracted, viz: the empty scrotum being pulled upwards.

Sixth: When a dilated external inguinal ring is palpated but the inguinal canal is not patent.

Seventh: When straining and coughing fail to cause the hernia to descend.

TREATMENT

The treatment is surgical.

The abdomen should be opened first, preferable through a pararectal incision, that is; through the outer margin of the sheath of the rectus abdominis, and the lower limit of the incision near the inguinal canal. (Care must be exercised with this incision less the in-

ferior or deep epigastric artery be wounded.)

The constructing ring at the neck of the sac is divided, and the sac is opened.

The strangulated contents are exposed and separated from the sac and dealt with according to indications and surgical principles. The sac is then resected.

If the condition of the patient warrants it, and infection is not present, an hernioplactic operation should be performed as a second step of the operation.

BIBLIOGRAPHY

- (1) Clinical Surgical Diagnosis. F. de Quervain. Second English Edition. 1917.
- (2) B. L. Coley. Christopher Text Book of Surgery, page 1385.
- (3) Keen's Surgery. Vol. IV pp. 48 and 60.

CONSIDERACIONES PRELIMINARES AL TRATAMIENTO DE LA SIFILIS

R. ARRILLAGA TORRENS, M. D.

Río Piedras, P. R.

En cierto sentido el médico al asumir la responsabilidad del tratamiento anti-luético se convierte en agente del bien público, ya que la sífilis por sus proporciones constituye un verdadero problema social. La sífilis en Puerto Rico no es más común que en los Estados Unidos, pero es de todas maneras un gran problema tanto aquí como allá. Vedder ⁽¹⁾ en 1915 calculó en un 45% su incidencia en la isla. El error de tan elevada cifra duró largo tiempo, por la ausencia de estudios adecuados. Gracias a la labor de Costa-Mandry ^(2, 3) podemos hoy asegurar que el porcentaje en la zona rural baja del 5%, y en la zona urbana del 10%. Esto es similar a las condiciones que ocurren en el Norte, y se acerca bastante a lo calculado por Ferrer ⁽⁴⁾.

Koppisch, en 900 autopsias consecutivas hechas por él en la Escuela de Medicina Tropical, encuentra 76 casos con lesiones sifilíticas y 27 sin lesiones pero con historias positivas. De estas estadísticas se desprende una incidencia máxima del 11.4% de sifilíticos en el material estudiado, cifra esta en armonía con los estudios de Costa-Mandry. Lo de mayor interés en el trabajo de Koppisch es que él encuentra en su serie 62 casos de aortitis, 20 sin aneurisma, 42 con aneurisma, 10 con lesiones en las valvulas aórticas, y 7 con estrechez de las coronarias ⁽⁵⁾. Si estos 900

individuos representan al promedio de nuestro pueblo, entonces se tendría que deducir que en Puerto Rico por lo menos el 60% de los luéticos desarrollan sífilis cardio-vascular avanzada. En Suecia Bruusgaard ⁽⁶⁾ solo la encontró en 12.8%. El 41% de aneurisma y el 9.7% de incompetencia valvular de Koppisch debe ser comparado al porcentaje de incidencia encontrado por Turner en Baltimore, 1.2% y 2.7% respectivamente ⁽⁷⁾. Resulta pues que el trabajo de Koppisch parece indicar una muy mayor incidencia de manifestaciones cardiovasculares en la sífilis de Puerto Rico.

Hay dos posibles explicaciones a este fenómeno. Podría deberse a la selección del material de autopsias, o tal vez a tratamiento inadecuado de la sífilis en el país. Como discutimos más adelante, el tratamiento inadecuado aumenta la relativa incidencia de manifestaciones terciarias. Pero al estudiar la literatura sobre esta cuestión se ve que el aumento debido al mal tratamiento no es tan enormemente grande como sería necesario para explicar la incidencia de aneurisma en esta serie, que es 34 veces más alta que la incidencia reportada por Turner y corroborada por otros. Nos parece pues que la más probable y lógica explicación es la selección del material de autopsias y el carácter especial de los servicios clínicos que lo proveen. De todos modos el problema merece más es-

tudio, y la explicación final incluirá más de un factor. Esta labor paciente de Koppisch es digna del mayor encomio, y de ella puede resultar mucho bueno.

Para poder evaluar el tratamiento de la infección es necesario conocer su curso natural cuando no es tratada. Durante los años 1891 a 1910 Boeck, en la Clínica de Oslo, se negó a tratar sus casos por considerar que el tratamiento entonces acostumbrado de mercurio y yoduro carecía de verdadero valor. De 1925 a 1927 Bruusgaard, que lo sucedió como Jefe de Clínica, tuvo la curiosidad de investigar qué le había pasado a estos pacientes. Así tenemos hoy estadísticas completas sobre el pronóstico de los sífilíticos cuando no reciben ningún tratamiento ⁽⁶⁾.

De 2181 casos vistos entre 1891 y 1910, Bruusgaard consiguió informes completos sobre 473. De éstos, 309 vivían y 164 habían muerto. El 34.7% murió a consecuencia de la sífilis; el 65.3% restante sucumbió a otras causas. Entre los vivos, 35.5% sufría clínicamente de sífilis; había 21.3% de asintomáticos pero con serología positiva; y el resto, 42.7%, no presentaba evidencia alguna de sífilis. Estas estadísticas están generalmente aceptadas para demostrar que si no se instituye tratamiento un tercio de los luéticos morirán a consecuencia de la infección, otro tercio la evidenciarán en la sangre pero las lesiones causadas por ella serán tan pequeñas que no causarán la muerte, mientras que el tercer tercio se curará espontáneamente.

La evidencia de Bruusgaard está en armonía con otros estudios sobre la materia. Reckzeh ⁽⁸⁾ calcula que de cada tres casos uno solamente muere de la enfermedad.

La curación espontánea de la sífilis

en un tercio de los casos, y su carácter benigno en otra proporción igual, se debe a las fuerzas y resistencias que desarrolla el organismo. A nosotros, desde el punto de vista terapéutico, lo que nos interesa es averiguar en qué período de la infección se desarrolla esa resistencia y cuál es su carácter.

Halley y Wasserman ⁽⁹⁾ han demostrado que los únicos sífilíticos que pueden volver a adquirir la infección son los que comienzan tratamiento antes de pasar, o terminar de pasar, por el período secundario de la enfermedad. Ocurre algo similar en la sífilis del conejo donde la re-inoculación es solo posible si se comienza el tratamiento antes del tercer mes ^(10, 11). Tanto en el hombre como en el conejo la re-infección solo es posible en los que comienzan tratamiento temprano en el curso de la sífilis, cuando el organismo aún no ha desarrollado ciertas resistencias. El tratamiento que se comienza más tarde logra éxito en el sentido de esterilizar los tejidos, pero deja un cuerpo resistente y refractario a la sífilis. No argüimos en contra del tratamiento temprano de la enfermedad, el cual por diversas razones de general conocimiento constituye el ideal terapéutico. Pero aducimos estos datos para argumentar en favor de un mayor celo al tratar casos de infección reciente.

Arbitrariamente se definen los cuatro primeros años de una infección luética como el período temprano, en que el organismo desarrolla sus fuerzas inmunológicas. El tratamiento durante este período interfiere y entorpece el desarrollo de estas resistencias. Por eso, si es insuficiente, hace más daño que bien. A la sífilis temprana es mejor no tratarla si el tratamiento va a ser insuficiente, o incompleto, o irregular. Mé-

dico y paciente deben comprenderlo claramente. El tratamiento no-satisfactorio aumenta enormemente el número de relapsos ⁽¹²⁾, de 2.7% a 13.0%. Estos relapsos ocurren especialmente en el sistema nervioso ⁽¹³⁾, y en el ojo ⁽¹⁴⁾. En pacientes no-tratados la incidencia de meningitis aguda es menor del 0.5%, mientras que en los mal tratados sube a más del 2.0%. Además, hay evidencia ⁽¹⁵⁾ para creer que el tratamiento insuficiente aumenta años más tarde la incidencia de manifestaciones terciarias. Es también probable que en ellos se acorta el período latente y asintomático que precede a las manifestaciones terciarias ⁽¹⁶⁾. Esto demuestra por qué el poco tratamiento durante los primeros cuatro años de la infección es peor que la falta de tratamiento.

Después del cuarto año no importa que el régimen terapéutico sea interrumpido por períodos de descanso para el paciente, o que la medicación sea débil. Podrá no hacer bien, pero nunca se ha demostrado que haga daño. Es que ya el organismo cuenta con su propia resistencia, capaz para impedir nuevas diseminaciones.

El estudio del "Cooperative Clinical Group" demostró que el 87% de los pacientes con relapsos o progreso clínico en la enfermedad fueron pacientes que recibieron menos de 20 inyecciones de un arsenical. Parece pues necesario considerar este número como el mínimo que debe darse. Si se dá con un número similar de inyecciones de Bismuto tardará de 7 a 8 meses en darse ⁽¹⁷⁾. Este es el mínimo que se debe asegurar al comenzar tratamiento, pero amenudo no es suficiente. En el caso específico la regla es continuar tratamiento continuo por un año luego de la sangre y el líquido céfalo-raquídeo dar negativo. En

los casos de lues avanzada el régimen variará con la clasificación clínica del individuo. No deseamos elaborar aquí sobre el tratamiento adecuado, pero sí deseamos referir al lector a la literatura más reciente y breve sobre el particular ^(18, 19). Nuestro propósito aquí es meramente llamar la atención una vez más a la necesidad de considerar detalladamente la cuestión vital del tratamiento adecuado en cada caso específico.

Con buen tratamiento en la sífilis primaria, secundaria, y terciaria latente se logran resultados clínicos satisfactorios en el 95% de los casos. Aún en el 5% restante se tiene algún éxito, ya que las lesiones son más benignas y rara vez invalidan ⁽²⁰⁾. Al comparar estas cifras a las de Bruusgaard se aprecia dramáticamente el gran progreso de la sifiliterapia desde los días de Boeck. Aún en los casos terciarios clínicos el tratamiento moderno altera el pronóstico marcadamente ^(21, 22).

CONCLUSION

La sífilis es eminentemente curable y su tratamiento constituye una de las grandes conquistas humanas. Pero tanto el médico como el paciente necesitan estar bien orientados antes de comenzar a tratar la infección si es que van a lograr los óptimos resultados. De otro modo, el tratamiento puede ser contra-productente. Sobre todo en casos de infección reciente hay más grave riesgo en tratarlos insuficientemente que en dejarlos sin ningún tratamiento. Sin embargo, este es el período en que los mejores resultados se obtienen cuando se instituye el tratamiento adecuado ⁽¹⁸⁾. Tratemos pues la sífilis temprana, pero tratémosla bien tratada.

BIBLIOGRAFIA

- (1)—Vedder, E. B.: 1915, The Prevalence of Syphilis in the Army. Bul. No. 8. War Dept. Office of the Surgeon Gen. Wash.
- (2)—Costa Mandry, O.: 1931, Syphilis in Porto Rico. The P. R. Journ. of P. H. and Trop. Med., 7, 209.
- (3)—Costa Mandry, O.: 1933, La Sífilis en Puerto Rico. Bol. de la Asoc. Méd. de P. R., Julio, pp. 411.
- (4)—Ferrer, José C.: 1926, Estudio de la Sífilis en Puerto Rico. Bol. Asoc. Méd. de P. R., Enero, pp. 7.
- (5)—Fernós-Isern, A.: 1938, Introducción al Estudio de las Enfermedades Cardiovasculares en Puerto Rico. Bol. Asoc. Méd. de P. R., Marzo, pp. 83.
- (6)—Bruusgaard, E.: 1929, Über das Schicksal der nicht Spezifisch behandelten Luetiker, Arch. f. Derm. u. Syph., 157, 309.
- (7)—Turner, T. B.: 1930, The Race and Sex Distribution of the Lesions of Syphilis in 10,000 cases. Bull. Johns Hopk. Hosp., 46, 159.
- (8)—Reckzeh: 1913, Beeinflusst eine Syphilitische Infektion die Lebensdauer und Arbeitsfähigkeit? Ein Beitrag zur Prognose der Syphilis. Med. Klin., 9, 1629.
- (9)—Halley, C. R. L., y Wasserman, H.: 1928, Second Infection in Syphilis: Its Relation to the Time of Treatment of the First Infection. Arch. Int. Med., 41, 843.
- (10)—Chesney, A. M.: 1926, Immunity in Syphilis. Medicine, 5, 463.
- (11)—Chesney, A. M.: 1930, Acquired Immunity in Syphilis. Am. J. Syph., 14, 289.
- (12)—Stokes, J. H. et als: 1931, Cutaneous and Mucosal Relapse in Early Syphilis and its Differentiation from Reinfection. Ven. Dis. Inf., 12, 55.
- (13)—Moore, J. E.: 1929, The Relation of neuro-Recurrences to Late Neurosyphilis. Arch. Neur. und Psych., 21, 117.
- (14)—Moore, J. E., y Gieske, M.: 1931, Syphilitic Iritis, Am. J. Ophth., 14, 110.
- (15)—Frankl, S.: 1930, Der Einfluss therapeutischer Massnahmen auf das Auftreten der Tabes und Paralyse. Munch. Med. Woch., 77, 1879.
- (16)—Hopkins, H. H.: 1933, Incubation Period of Clinical Neurosyphilis. Arch. Neur. and Psych., 29, 158.
- (17)—Stokes, J. H. et als: 1932, Results of Treatment in Early Lues. Ven. Dis. Inf., 13, 207 y 253.
- (18)—Stokes, J. H. et als: 1934, Standard Treatment Procedure in Early Syphilis. Jour. Am. Med. Ass., 102, 1267.
- (19)—Cole, H. N.: 1936, The Use of Antisyphilitic Remedies. Jour. Am. Med. Ass., 107, 2123.
- (20)—Moore, J. E., et als: 1932, The Treatment of Latent Syphilis. Ven. Dis. Inf., 13, 351, 371, y 389.
- (21)—Moore, J. E.: The Modern Treatment of Syphilis. Ed. 1933 by Charles C. Thomas of Springfield, Ill.
- (22)—Stokes, J. H.: Modern Clinical Syphilology. Ed. by W. B. Saunders and Co., Philadelphia. Second Edition, 1938.

LEY

Organizando la beneficencia hospitalaria pública en Puerto Rico, autorizando al Tesorero para contratar un empréstito de \$500,000, imponiendo a partir de julio 1º. de 1940 una contribución especial para la organización y sostenimiento del servicio de beneficencia pública hospitalaria y estableciendo otras fuentes de ingreso con el mismo objeto, y para otros fines.⁽¹⁾

Decrétase por la Asamblea Legislativa de Puerto Rico:

Sección 1.—Esta Ley organizando la Beneficencia Pública en su rama hospitalaria será denominada “Ley de Beneficencia Hospitalaria Pública”.

Sección 2.—Por la presente queda organizado el servicio hospitalario a enfermos indigentes o insolventes en los municipios, de acuerdo con el siguiente plan:

(1) Servicio de sistema hospitalario en cuatro hospitales de distrito o de beneficencia.

(2) Servicio de dispensario anexo a estos hospitales.

(3) Servicio de ambulancia.

(4) Servicio de investigación social.

Sección 3.—Para el funcionamiento de esta Ley, por la presente se crea un organismo supremo de beneficencia llamado “Junta Territorial de Beneficencia” el que se compondrá de siete miembros designados por el Gobernador de Puerto Rico con el consejo y consenti-

miento del Senado. De estos siete miembros, dos serán *ex-officio* un Senador y un Representante nombrado por el Gobernador de Puerto Rico a propuesta de los Presidentes de las Cámaras respectivas y los restantes cinco miembros, uno será abogado, otro ingeniero, otro farmacéutico y dos médicos con más de tres años de experiencia en el ramo de beneficencia.

Sección 4.—Los miembros de la Junta Territorial de Beneficencia, con excepción de los (*ex-officio*), serán designados por un término de cuatro años y desempeñarán sus cargos hasta que sus sucesores sean debidamente designados y tomen posesión.

Sección 5.—La Junta Territorial de Beneficencia dividirá la Isla en cuatro zonas, llamadas Distrito de Beneficencia. La formación de cada distrito se hará agrupando pueblos contiguos y de conformidad con el número de habitantes de los mismos, de modo que dichos distritos resultaren igual en población, hasta donde fuere posible.

Sección 6.—La Junta Territorial de Beneficencia se reunirá no menos de una vez y no más de cuatro veces en cada mes, en la Capital de la Isla; *Disponiéndose*, que los miembros de dicha junta servirán sus cargos *ad honorem* aunque tendrán derecho a gastos de viaje y millaje de acuerdo con los reglamentos en vigor, o que fueren promulgados por el Auditor de Puerto Rico con la aprobación del Gobernador.

Sección 7.—La Junta de Beneficencia hará constar sus procedimientos, acuerdos, y resoluciones que aprobare

(1) Los Dres. L. Figueroa y B. Herrero fueron autores de esta ley.

en actas que se llevarán por el secretario de dicho organismo en libros encuadernados, foliados y habilitados por certificación del presidente y del secretario, extendida en la primera página útil de cada libro, creditiva del número de páginas en blanco de que consta cada uno de tales libros. Estos libros de acta se conservarán bajo la custodia del Secretario de la Junta Territorial de Beneficencia.

Sección 8.—Los miembros de la Junta Territorial de Beneficencia prestarán juramento ante un funcionario competente y tomarán posesión de sus respectivos cargos dentro de los diez días después de haber sido designados por el Gobernador. En la sesión inaugural de la junta de los miembros de ésta por votación secreta elegirán de su seno un presidente, que deberá ser médico y un vice-presidente. También en dicha sesión inaugural la junta designará de su seno un comité especial que proceda a la confección inmediata de un reglamento interior para dicho organismo.

Sección 9.—Será deber de la Junta Territorial de Beneficencia actuar como un cuerpo legislativo y consejero en toda materia relacionada con Beneficencia Pública y redactará reglas y reglamentos para coordinar todos los servicios de Beneficencia Pública en Puerto Rico. El Comisionado de Sanidad transmitirá al Consejo Ejecutivo para su consideración y aprobación todos los reglamentos aprobados por la Junta Territorial de Beneficencia con sus recomendaciones. El Consejo Ejecutivo podrá enmendar o alterar dichas reglas o reglamentos los que serán transmitidos de nuevo a la junta para su debida reconsideración.

Sección 10.—Los reglamentos apro-

bados por la Junta Territorial de Beneficencia serán promulgados por el Gobernador de Puerto Rico después que hayan sido debidamente considerados por el Consejo Ejecutivo y dichas reglas y reglamentos después de promulgados y publicados en dos periódicos de circulación general en la Isla tendrán la fuerza y efecto de ley.

Sección 11.—La Junta Territorial de Beneficencia nombrará un secretario y definirá sus deberes, el que recibirá una compensación de dos mil cuatrocientos dólares anuales, el que servirá a discreción de la junta.

Sección 12.—La selección y nombramiento del personal técnico y administrativo para el servicio de beneficencia hospitalaria que se provee en esta Ley, se podrá hacer discrecionalmente en beneficio del servicio y se dará preferencia a la previa experiencia que en el ramo de beneficencia haya tenido el aspirante en instituciones públicas o privadas.

Sección 13.—Los ingresos para la Beneficencia Hospitalaria que por esta Ley se crea procederán de las fuentes siguientes:

(a) Veinticinco (25) por ciento del producto neto de la Lotería; *Disponiéndose*, que esta fuente de ingresos la constituirá el cincuenta (50) por ciento de la proporción municipal del producto neto de los sorteos ordinarios y extraordinarios que se celebren durante cada año en Puerto Rico, de acuerdo con las disposiciones de las leyes vigentes al efecto e ingresarán en el fondo de Beneficencia, fondo especial que por la presente se establece.

(b) Cantidad de cien mil (100,000) dólares procedente de la Ley de Licores tal como lo dispone dicha ley.

Sección 14.—Los ingresos a que se refiere la sección anterior se depositarán por el Tesorero de Puerto Rico en un fondo que se titulará "Fondo Beneficencia Hospitalaria Pública" cuyo fondo estará a la disposición del Comisionado de Sanidad para los fines de esta Ley.

Sección 15.—Por la presente se autoriza, faculta y ordena al Tesorero de Puerto Rico para que con la aprobación del Gobernador inmediatamente tome a préstamo una suma no mayor de \$500,000 la cual será dedicada a la construcción de cuatro hospitales de distrito de acuerdo con los planos que sean preparados al efecto por el Comisionado del Interior para dar cumplimiento al plan de hospitales de distrito que por esta Ley se provee; *Disponiéndose*, que se autoriza y faculta expresamente al Tesorero de Puerto Rico, con la aprobación del Gobernador, para que fije los términos y denominaciones de los mismos, y el modo, tiempo y método de emitir cualesquier bonos o pagarés y podrá tomar las disposiciones necesarias para emitir bonos, certificados o pagarés provisionales y fijar los términos de pago del capital e intereses del empréstito contraído.

Sección 16.—Tanto el principal como los intereses del empréstito a que se refiere la sección anterior serán pagados del producto de una contribución especial de .10 del 1 por ciento del valor tasado de toda la propiedad mueble e inmueble existente en Puerto Rico no exenta del pago de contribuciones, la cual por la presente se autoriza y ordena al Tesorero de Puerto Rico para que imponga y cobre, a partir de julio 1º de 1940 y durante los años económicos su-

cesivos para el fondo de Beneficencia Hospitalaria Pública que por esta Ley se crea; *Disponiéndose*, que el capital y los intereses devengados durante los años económicos de 1935-36 al 1939-40, inclusive, serán pagados con cargo al fondo de Beneficencia Pública creado por esta Ley; *Disponiéndose, además*, que en caso de asignación por el Gobierno Federal para la construcción de estos hospitales, solamente se dispondrá de este fondo aquella cantidad necesaria para su total construcción, equipo y sostenimiento.

Sección 17.—Cada una de las cuatro unidades hospitalarias de distrito que por esta Ley se crea constarán de un número de trescientas camas y comprenderán los servicios de medicina, cirugía, obstetricia, pediatría y un servicio de dispensario, además del servicio de ambulancia.

Sección 18.—Toda ley o parte de ley que se oponga a la presente, queda por ésta derogada, y especialmente quedan derogadas sólo en cuanto estuvieren en conflicto con esta Ley, las disposiciones de la Ley No. 53 titulada "Ley estableciendo un sistema de gobierno local para los municipios de Puerto Rico", aprobada el 25 de abril de 1928 según fué enmendada por la Ley No. 98, aprobada el 15 de mayo de 1931.

Sección 19.—Si cualquiera cláusula, párrafo, artículo, sección o parte de esta Ley fuera declarada inconstitucional, por un tribunal con jurisdicción competente, dicho fallo no afectará, perjudicará o invalidará el resto de esta Ley, sino que sus efectos quedarán limitados a la cláusula, párrafo, artículo, sección o parte de la presente que así hubiere sido declarada inconstitucional.

Sección 20.—Esta Ley empezará a regir a los noventa días después de su aprobación.

Aprobada en 20 de julio de 1935.

(No. 46)

LEY

Asignando la suma de cuatrocientos mil (400,000) dólares para adquirir el equipo necesario que ha de habilitar los cuatro Hospitales de Distrito, y para otros fines.⁽¹⁾

Decrétase por la Asamblea Legislativa de Puerto Rico:

Sección 1.—Por la presente se asigna con carácter preferente y de cualesquiera fondos existentes en el Tesoro Insular no destinados a otras atenciones, una suma de cuatrocientos mil (400,000) dólares, que se pondrá a disposición del Comisionado Insular de Sanidad para ser invertida en la compra del equipo necesario, que ha de habilitar los cuatro Hospitales de Distrito y en construcción en Bayamón, Arecibo, Aguadilla y Fajardo respectivamente.

Sección 2.—Estas compras se llevarán a cabo a través de la Comisión de Suministros del Gobierno Insular.

Sección 3.—Toda ley o parte de ley que se oponga a la presente, queda por ésta derogada.

Sección 4.—Esta Ley, por ser de carácter urgente y necesario, empezará a regir inmediatamente después de su aprobación.

Aprobada en 23 de abril de 1938.

LEY

Para crear el "Instituto del Cáncer", determinar sus propósitos y funcionamiento, y para otros fines.

Decrétase por la Asamblea Legislativa de Puerto Rico:

Sección 1.—*Exposición de motivos.*—Considerando que el cáncer es la más aflictiva y una de las más mortíferas enfermedades de las colectividades humanas; y teniendo en cuenta que semejante dolencia de acuerdo con las estadísticas de mortalidad, aumenta de manera alarmante en Puerto Rico; es el deber de la Asamblea Legislativa hacer frente a tan importante problema de salud pública, mediante el establecimiento de una institución adecuada en la que pueda ofrecerse a los pacientes de la terrible enfermedad, los métodos más modernos de tratamiento y curación.

Sección 2.—Por la presente se establece en Puerto Rico un instituto adscrito al Departamento Insular de Sanidad, cuya designación oficial será Instituto del Cáncer de Puerto Rico".

Sección 3.—El "Instituto del Cáncer de Puerto Rico" propenderá por todos los medios a su alcance realizar una intensa labor de estudio del cáncer, así como de su prevención y tratamiento. Para el cumplimiento de tales fines, el Instituto del Cáncer tendrá a su disposición exclusiva un hospital especial dedicado al diagnóstico, tratamiento e investigaciones del cáncer. El Instituto del Cáncer tendrá su residencia oficial en el distrito de San Juan, donde radicará igualmente el hospital de referencia, que deberá ser construído de concreto, con dos plantas y capacidad para cincuenta camas y acomodo suficiente pa-

(1) Fueron autores de esta ley los Sres. Figueroa, Ramírez Pabón, Gauthier, Nevarez, Estevez, Banuchi, Llobet Jr., Cora, Carreras y Ochoteco Jr.

ra los distintos servicios de diagnóstico y terapéutica y para el ejercicio de todas las especialidades sobre los órganos generalmente atacados por el cáncer. La Junta Territorial de Beneficencia y el Comisionado de Sanidad designarán el sitio más adecuado dentro del distrito de San Juan para la edificación del Instituto del Cáncer.

Sección 4.—El Instituto del Cáncer de Puerto Rico dispondrá del material y equipo necesarios para su debido funcionamiento, incluyendo dos (2) gramos de radium, una planta de emanación, dos (2) máquinas de Radioterapia profunda, una de cuatrocientos mil (400,000) voltios y otra de doscientos mil (200,000), una máquina de terapia superficial, una máquina de Radiodiagnóstico, aparatos de fisioterapia, instrumentos físicos para las medidas electrostáticas de las dosis de Radium y Rayos X, así como los accesorios necesarios para un laboratorio de física y patología.

Sección 5.—El Instituto del Cáncer de Puerto Rico, de acuerdo con los reglamentos que para su funcionamiento serán promulgados, tratará con preferencia a los enfermos pobres de la Isla atacados de cáncer, pudiendo también prestar asistencia a pacientes de solvencia económica. Los ingresos obtenidos por la asistencia de personas solventes, se aplicarán al pago de las atenciones generales del Instituto, después de descontarse los honorarios de los facultativos.

La dirección técnica del Instituto del Cáncer estará a cargo de un director que será nombrado por el Comisionado de Sanidad, debiendo recaer el nombramiento en un médico cirujano de buena reputación con experiencia reconocida

como especialista en la terapéutica del cáncer; DISPONIENDOSE, que el Comisionado de Sanidad, a propuesta del Director del Instituto, nombrará un Vice-director y los médicos de servicio que sean necesarios, cuyos deberes serán determinados por reglamentación que aprobará el Comisionado de Sanidad, a propuesta también del Director del Instituto. El Director, el Vice-director y los médicos del servicio desempeñarán sus cargos por tiempo indefinido, mientras cumplan con sus obligaciones, y no recibirán compensación alguna.

Sección 6.—Para los servicios facultativos el Instituto tendrá el personal siguiente, que será nombrado por el Comisionado de Sanidad mediante recomendación del Director del Instituto: un Radiólogo, experto en tratamientos con Rayos X; un especialista en aplicaciones de radium; un físico que deberá preparar la emanación del radium y hacer las investigaciones físicas necesarias; un cirujano interno; un médico interno, y un ayudante de patología. Dichos funcionarios recibirán por sus servicios la compensación anual que sea fijada en presupuesto.

Sección 7.—para el debido cumplimiento de esta Ley de cualesquiera fondos de libre disposición del Tesoro Insular, se asigna la cantidad de doscientos mil (200,000) dólares, o la parte de ella que fuere necesaria: DISPONIENDOSE, que la mitad de dicha suma será empleada en la construcción y equipo del hospital del Instituto y la otra mitad en la adquisición del radium, material y accesorios a que se refiere la sección cuarta de esta Ley.

Sección 8.—Toda ley o parte de ley que se oponga a la presente, queda por ésta derogada.

Sección 9.—Se declara que existe una emergencia pública que hace necesario que esta Ley comience a regir inmediatamente después de su aprobación.

Aprobada en abril 13 de 1938.

(No. 142)

LEY

Para autorizar a El Pueblo de Puerto Rico a continuar el funcionamiento de los dispensarios médico-rurales actualmente en operación por la PUERTO RICO RECONSTRUCTION ADMINISTRATION; para autorizar al Comisionado Insular de Sanidad, a la administración de estas instituciones de beneficencia; para ordenar a la Junta Insular de Beneficencia la preparación de un plan de organización de estos centros; y la preparación de un presupuesto anual para los gastos que origine tal organización; para la creación de un fondo para el sostenimiento de estos centros médicos; para asignar anualmente la cantidad de doscientos cincuenta mil (250,000) dólares de los fondos ordinarios del presupuesto insular, y para otros fines.

Decrétase por la Asamblea Legislativa de Puerto Rico:

Sección 1.—Por la presente se ordena a la Junta Insular de Beneficencia* la preparación de planes para la operación y funcionamiento de los 64 dispensarios médicos rurales que actualmente funcionan bajo la administración de la PUERTO RICO RECONSTRUCTION ADMINISTRATION y los que en el futuro se creen, y a la vez la confección de un presupuesto anual de

gastos para el sostenimiento de estos centros de beneficencia.

Sección 2.—El Comisionado Insular de Sanidad será el ejecutor del plan que establezca la Junta Insular de Beneficencia y tendrá a su cargo la parte técnica y la administración y dirección de los dispensarios médico-rurales.

Sección 3.—Para sufragar los gastos que el funcionamiento de estos centros médicos ocasionen se asignarán doscientos cincuenta mil (250,000) dólares en el presupuesto del año económico de 1938 al 1939 y años sucesivos sin necesidad de ulterior legislación.

Sección 4.—El importe total de estos fondos irá a formar parte de un fondo que se denominará "Fondo para el Sostenimiento de los Centros Médico-Rurales de Puerto Rico."

Sección 5.—Cualquier sobrante del fondo que por esta ley se crea se dedicará a la construcción y equipo de otros dispensarios médicos-rurales en otras zonas, de acuerdo con un plan de ampliación de estos servicios que preparará al efecto la Comisión Económica de la Legislatura de Puerto Rico.

Sección 6.—Toda ley o parte de ley que se oponga a la presente, queda por ésta derogada.

Sección 7.—Esta Ley empezará a regir a los noventa días después de su aprobación.

Aprobada en 7 de mayo de 1938.

LEY

Para establecer un taller para los enfermos convalescientes de tuberculosis, para ayudar a la rehabilitación de las personas pobres que han padecido de esta enfermedad, evitar que sufran recaídas manteniéndolas bajo observación médica mientras se inician nuevamente en la lucha por

* La Junta Insular de Beneficencia a que se refiere la Sección 1 está constituida del modo siguiente: Presidente, Dr. Leopoldo Figueroa; miembros: Ldo. Bolívar Pagán, Ldo. R. Agrait Aldea, Dr. Osvaldo Goyco, Dr. J. Garrido Collazo, Ldo. Arturo Dávila y Sr. Manuel Font.

a la sociedad en condiciones de seguir siendo útiles, y para otros fines.⁽¹⁾

Decrétase por la Asamblea Legislativa de Puerto Rico:

Sección 1.—Por la presente Ley se autoriza a crear un taller que se dedicará a la confección de artículos de tela, piel, madera, fibras, etc., para utilizarlos en los hospitales de tuberculosis del Gobierno de Puerto Rico.

Sección 2.—Los operarios de este taller serán escogidos por el Comisionado de Sanidad, o sus representantes en quienes delegue, de entre los pacientes dados de alta de los hospitales de tuberculosis y aquellos que reciban tratamiento en los Centros Antituberculosos; *Disponiéndose*, que tales pacientes deben tener esputo negativo y haber sido clasificados como *detenidos* (*arrested*) establecida por la Asociación Nacional de Tuberculosis de Estados Unidos y aceptada universalmente; Y *disponiéndose*, además, que solamente podrán trabajar en este taller aquellos pacientes que no estén hospitalizados, y que mientras haya un cargo o puesto vacante en la administración de dicho taller que pueda ser desempeñado por uno de estos convalescientes, no se empleará ninguna otra persona.

Sección 3.—La organización y dirección del taller estará a cargo del Negociado de Bienestar Social del Departamento de Sanidad.

Sección 4.—Los fondos que se derivan de la venta de los artículos confeccionados en este taller se depositarán como un *trust fund* en el Tesoro de Puerto Rico a disposición del Comisionado de Sanidad para ser invertidos en

materiales, equipo y pago del local donde esté establecido dicho taller: *Entendiéndose*, que el dinero sobrante, después de hechos los anteriores gastos se dedicará al pago de salario de los operarios y otros empleados.

Sección 5.—Por ser el taller que se autoriza por esta Ley, un medio para rehabilitar a los enfermos tuberculosos que hayan sido dados de alta de los hospitales antituberculosos, no se regirá por las leyes del trabajo, y sí por reglas que dicte al efecto el Comisionado de Sanidad Insular.

Sección 6.—Para llevar a cabo las disposiciones de esta Ley, por la presente se asigna la suma de quince mil (15.000) dólares de cualesquiera fondos existentes en la Tesorería de Puerto Rico, no destinados a otras atenciones.

Sección 7.—Toda ley o parte de ley que se oponga a la presente, queda por ésta derogada.

Sección 8.—Esta Ley, por ser de carácter urgente y necesaria, empezará a regir inmediatamente después de su aprobación.

LEY

Para prohibir la inducción, enseñanza y práctica del aborto; fomentar la enseñanza y divulgación de los principios eugenésicos con vista a la obtención de una prole sana y vigorosa y bajar el alto coeficiente de mortalidad infantil.*

Decrétase por la Asamblea Legislativa de Puerto Rico:

Sección 1.—Por la presente se prohíbe, salvo indicación terapéutica hecha por médico debidamente autorizado a

(1) El Dr. L. Figueroa y el Sr. R. Llobet fueron los autores de esta ley.

(*) El Dr. L. Figueroa y los Sres. J. Alegría, J. Gauthier, H. Cora y Srta. M. L. Arce-lay fueron los autores de esta ley.

ejercer la medicina en Puerto Rico con vista a la conservación de la salud o vida, el indicar, aconsejar o inducir a abortar o practicar el aborto en una mujer embarazada.

Sección 2.—Toda persona o personas que en violación de lo preceptuado en la sección 1 de esta Ley, proporcionar, facilitar, prescribiere, administrar por vía inyectable, oral, rectal o vaginal a una mujer embarazada, alguna droga, sustancia, agente medicamentoso, terapéutico u opoterápico, utilizar cualquier instrumento quirúrgico o agente mecánico, con la intención o propósito de provocarle aborto o le practicare el aborto, incurrirá en delito *felony*, y convicta que fuere, será castigada con pena de presidio de cinco a diez años en primera convicción y con pena de diez años en casos de reincidencias.

Sección 3.—El Comisionado de Sanidad queda facultado para reglamentar la enseñanza y divulgación de los principios de eugenesia en las Unidades de Salud Pública y Centros Prenatales, Maternología, de Puericultura y Clínicas u hospitales de Maternidad públicos.

Sección 4.—El Comisionado de Sanidad a propuesta de la Junta Examinadora de Médicos expedirá licencia para poder dedicarse a la enseñanza y práctica de los principios eugenésicos, en centros e instituciones públicas, a médicos especializados en el ramo de la obstetricia o a médicos no especializados y enfermeras-comadronas que aprueben examen o se ajusten a reglamentación al efecto; *Disponiéndose*, que en ningún caso, una enfermera-comadrona podrá dedicarse a la enseñanza,

divulgación o práctica de los principios eugenésicos, si no es bajo la inmediata dirección de un médico debidamente autorizado para la enseñanza, divulgación y práctica eugenésica.

Sección 5.—Los consejos eugenésicos y de puericultura, y de información científica acerca de los medios contraceptivos podrán ser suministrados o practicados en las personas casadas o que no siéndolo mantuvieren públicamente relaciones maritales, en los casos siguientes:

1. Cuando por algún proceso infeccioso de parte de alguno o de ambos procreadores, el producto de la concepción pueda ser interrumpido, originando el aborto, la muerte del feto, o el nacimiento de un prematuro, sub-normal o infradesarrollado.

2. Cuando las condiciones de pobreza orgánica o miseria fisiológica de los procreadores, pueda ser factor determinante de aborto, muerte del feto o nacimiento de una prole afecta de un proceso de debilidad congénita.

3. Cuando uno o ambos procreadores fueren un anormal mental, loco curado, epiléptico o tarado de síndrome neuropático.

4. Cuando uno o ambos procreadores, sea alcohólico, morfinómano, cocaínómano, marihuanómano o adicto al uso de otras drogas narcóticas o tóxicas.

5. En los casos en que uno o ambos progenitores padezcan de alguna afección venérea.

6. Cuando el estado morbozo o diatéxico de parte de los procreadores predisponga o determine al embrión, huevo o feto, para algún proceso patológico o para constituir factor de degeneración de la especie.

7. Cuando la madre estuviere afectada de alguna de las causas de distocia materna que imposibiliten o grandemente dificultan el parto por vía natural, o cuando su estado orgánico no le permita sin grave riesgo para su salud o vida o sin garantía de salud o vida para el fruto de concepción, llevar a término el embarazo.

8. Cuando se trate de criminales habituales o degenerados sociales.

9. En los casos de personas cuyo estado de penuria económica o malas condiciones sociales de vida, no les permita atender a la crianza y educación de los hijos.

Sección 6.—El Comisionado de Sanidad, previo el debido procedimiento en ley, podrá cancelar la licencia, al que no se ajuste o viole las disposiciones de esta Ley.

Sección 7.—Toda ley, o parte de ley, que se oponga o esté en conflicto con las disposiciones de esta Ley, queda por la presente derogada.

Sección 8.—Esta Ley empezará a regir a los noventa días después de su aprobación.

Ley aprobada en mayo 15, 1937.

LEY

Para crear la Junta Insular de Eugenesia y definir sus poderes y deberes; y para proveer los medios para mejorar la raza, y para otros fines.⁽¹⁾

Decrétase por la Asamblea Legislativa de Puerto Rico:

(1) El Dr. L. Figueroa y los Sres M. A. García Méndez, F. Ochoteco Jr., T. Roca Bacó, F. Díaz Marchand, R. Díaz Pabón, J. Nevares, M. Santana, J. Alegría, J. Velázquez Flores, J. Segarra, R. Llobet y J. Esteves Gómez fueron los autores de esta ley.

Sección 1.—Por la presente se crea la Junta Insular de Eugenesia que se compondrá de cuatro miembros nombrados por el Gobernador de Puerto Rico con el consentimiento del Senado en adición al Comisionado de Sanidad que será miembro *ex-officio* y presidente de la misma. De los miembros de la junta, uno deberá ser abogado y los otros tres médicos debidamente autorizados para ejercer la medicina en Puerto Rico y de los cuales, por lo menos uno deberá estar especializado en psiquiatría.

La junta nombrará un secretario quien será el Oficial Ejecutivo de la misma, y cualquier otro empleado necesario para su funcionamiento.

Sección 2.—La junta se reunirá tan pronto tenga un caso pendiente ante su consideración y los miembros de la misma no percibirán sueldo alguno por su trabajo.

Sección 3.—Por la presente se autoriza a la Junta de Gobierno, o al Director de una Institución cuyo sostenimiento dependa en todo o en parte del Gobierno Insular o Municipal para que solicite de la Junta Insular de Eugenesia, que decreta la esterilización de un asilado que se encuentre enfermo de la mente, o que sea un retardado mental, o un epiléptico o degenerado sexual con el fin de mejorar las condiciones mentales o físicas del mismo, o que la sociedad se beneficie con tal operación. *Entendiéndose, sinembargo*, que ninguna operación descrita en esta sección será legal a menos que se cumplan los requisitos de esta Ley.

Sección 4.—A solicitud del familiar más cercano, o del tutor, o de un amigo, o del propio paciente, la Junta Insular de Eugenesia podrá decretar la esteri-

lización de cualquier enfermo mental, epiléptico, retardado mental, o perverso sexual que no esté asilado o recluído en alguna Institución del Gobierno Insular o Municipal de acuerdo con la sección 3 de esta Ley, así como también facultar enseñanza contraceptiva a aquellas personas que la solicitaren y necesitaren, siempre que sean casadas o que no siéndolo mantuvieren públicamente relaciones maritales.

Sección 5.—Cuando el Superintendente, Administrador o Director de cualquier Institución del Gobierno Insular, o Municipal, hospital o asilo, el alcaide o superintendente de cualquier cárcel de distrito o Presidio Insular, Escuela Industrial Reformatoria crea que un paciente o asilado bajo su custodia pueda procrear hijos que tengan cierta tendencia a heredar serias o graves enfermedades, o deficiencias físicas, mentales o nerviosas, después de consultar al médico de dicha institución hará una solicitud a la Junta Insular de Eugenesia pidiendo que se haga una operación al paciente o asilado con el fin de esterilizarle, sin privarle de las funciones del sexo.

Tal operación será la vasectomía en los hombres y salpingectomía en la mujer, o cualquier otra operación similar a éstas.

Sección 6.—La petición de esterilización deberá ser hecha por escrito y bajo juramento, acompañada de una historia del paciente, tal como aparece en los récords de la institución, siempre que pueda servir de base para las razones por qué se recomienda la esterilización.

Sección 7.—La Junta Insular de Eugenesia notificará personalmente al pa-

ciente o asilado, dejando copia de la petición de esterilización, con la citación de la junta para que comparezca ante la misma a exponer sus motivos de oposición a la petición.

En caso de que el paciente o asilado sea menor de edad o declarado incapaz por un tribunal de justicia, se notificará al paciente o asilado y a su tutor, en caso de no tenerlo, al pariente más cercano, o a la persona que lo tenga a su cargo.

Sección 8.—El paciente o asilado, o su representante legal, su esposo o esposa, o pariente más cercano podrán radicar ante la Junta Insular de Eugenesia una protesta bajo juramento contra la petición, acompañando a la misma los informes o *affidavits* que crea necesario.

Tal protesta se radicará cinco días antes del día señalado para la vista del caso, la junta podrá requerir prueba adicional de cualquiera de las partes en el procedimiento antes de decidir el caso.

En vista del caso, el peticionario y el paciente o asilado, o sus representantes presentarán las pruebas pertinentes, y argumentarán el caso oralmente.

Los miembros de la junta tendrán poder para tomar juramentos.

Sección 9.—La Junta Insular de Eugenesia resolverá el caso dentro de los treinta días después de la vista, y se remitirá una orden escrita firmada por lo menos por dos miembros, ordenándole al peticionario que proceda a la esterilización del paciente o asilado si así hubiere sido resuelto por la misma.

En caso de que el paciente, o sus familiares puedan pagar los gastos de la

operación, éstos podrán elegir el cirujano que la haga.

En los casos de personas indigentes la Junta Insular de Eugenesia determinará qué cirujano hará la operación y el sitio donde se efectuará la misma.

Sección 10.—La junta deberá notificar al paciente o asilado, a su tutor si lo tiene, al esposo o esposa, o al pariente más cercano la decisión del caso, entregándole copia certificada de la decisión, y haciéndole saber que dentro de los quince días después de ser notificado podrá apelar ante la corte de distrito del distrito judicial donde se ordenó la reclusión del mismo, y se celebrará un “juicio de novo”, tal y como se hace en las apelaciones de las cortes municipales. En caso de no radicarse el escrito de apelación dentro de los quince días después de la decisión, se cumplirá la orden de acuerdo con el párrafo primero de la sección 9.

Si se desconocen los familiares del paciente o asilado, y es un incapaz por resolución de la corte de distrito, la notificación de la resolución de la junta y copia de la misma podrá enviarse al fiscal del distrito de la corte que le ha incapacitado, y será deber del Ministerio Público el proteger sus derechos e intereses; o la junta podrá solicitar de la corte de distrito del distrito donde se encuentra el paciente o asilado que se le nombre un tutor para que lo represente en este caso y a quien la notificación de la resolución de la junta y copia de la notificación de esterilización deben ser entregados. Dicho tutor representará al paciente o asilado en la apelación de la corte de distrito. En caso de que el paciente o asilado no tenga abo-

gado, la corte nombrará uno de oficio para que lo represente.

Si el paciente o asilado, esposo o esposa, pariente, o tutor nombrado de acuerdo con el párrafo primero, consintiera por escrito el que se hiciere la operación tal como fué ordenada por la junta, ésta deberá llevarse a cabo tan pronto como el superintendente o jefe de la institución donde se halla recluso el paciente lo determine.

Sección 11.—El escrito de apelación se radicará en la Junta Insular de Eugenesia y consistirá de una solicitud de que el caso sea visto por la corte de distrito del distrito donde está asilado el apelante, exponiendo bajo juramento en la misma, las razones que tiene para apelar de la decisión de la Junta Insular de Eugenesia. Al recibir la junta tal solicitud, enviará al tercer día todo el récord del caso a la corte de distrito correspondiente, y notificará a la vez la apelación al superintendente, o director de la institución donde está recluso el apelante.

En este procedimiento, a la persona contra quien se ha expedido una orden de esterilización se denominará demandante, y el superintendente o director de la institución en que está recluso el asilado, se denominará el demandado, en su carácter oficial del cargo que ocupa.

La corte tan pronto como reciba el récord de la Junta Insular de Eugenesia señalará el día de la vista del caso para un día que la labor de la misma lo permita verlo.

Sección 12.—La sentencia de la corte de distrito será notificada a las partes y podrá ser apelada al Tribunal Supremo como en las acciones civiles. Las

costas y gastos de apelación serán igual que en los pleitos de naturaleza civil.

La apelación suspende la decisión de la junta hasta que haya una sentencia final.

Sección 13.—En caso de que la Junta Insular de Eugenesia declare sin lugar la petición del superintendente o director de una institución que solicita la esterilización, o en caso de que la corte declare con lugar la objeción del demandante a la orden de esterilización de la junta, no podrá radicarse otra petición de esterilización contra el mismo asilado o paciente, hasta un año después de dicha decisión, a menos que el demandante, su tutor, esposo o esposa, pariente más cercano, o su representante legal consienta por escrito a que se lleve a cabo la esterilización.

Sección 14.—El superintendente o director de la institución donde se encuentra recluso el paciente o asilado deberá rendir un informe de la operación efectuada al mismo, a la Junta Insular de Eugenesia.

La operación de esterilización sólo podrá ser hecha por un médico cirujano que haya sido admitido a ejercer su profesión en Puerto Rico.

Sección 15.—Ni los directores o superintendentes de las instituciones, ni persona alguna que legalmente interviene para hacer cumplir los fines de esta Ley será responsable civil o criminalmente.

Sección 16.—En caso de declararse anticonstitucional cualquier sección, párrafo, cláusula o disposición de esta Ley, dicha declaración de anticonstitucionalidad no afectará en forma alguna a los demás preceptos de la misma.

Sección 17.—Toda ley o parte de ley en contravención de la presente, queda por ésta derogada.

Sección 18.—Esta Ley comenzará a regir a los noventa días después de su aprobación.

Aprobada en Mayo 13, 1937.

LEY

Para enmendar las secciones 1 y 2 y para adicionar la sección 2(a) a la "Ley para evitar que los locos, lunáticos, los idiotas, o personas que padezcan de enfermedades contagiosas, mientras subsiste la enfermedad, puedan contraer matrimonio, para reglamentar el matrimonio en Puerto Rico e imponer ciertas penalidades por la violación de las disposiciones de esta Ley, y para otros fines", aprobada en 14 de mayo de 1937, y para otros fines.⁽¹⁾

Decrétase por la Asamblea Legislativa de Puerto Rico:

Sección 1.—Se enmienda la sección 1 de la "Ley para evitar que los locos, lunáticos, los idiotas, o personas que padezcan de enfermedades contagiosas, mientras subsista la enfermedad, puedan contraer matrimonio; para reglamentar el matrimonio en Puerto Rico e imponer ciertas penalidades por la violación de las disposiciones de esta Ley, y para otros fines", aprobada en 14 de marzo de 1937 para que diga así:

"Sección 1.—Por la presente queda prohibido el que personas que padezcan de locura, epilepsia, idiotez, sífilis y de cualquier enfermedad venérea contrai-gan matrimonio, mientras subsista la

(1) El Dr. L. Figueroa fué el autor de esta ley.

enfermedad; y si tal matrimonio llegare a ser contraído podrá el mismo ser anulado por la corte de distrito de la residencia de cualesquiera de los contrayentes, a petición del fiscal del distrito, o de parte interesada, con intervención del fiscal del distrito en que la acción se radique; *Disponiéndose*, que la acción de nulidad no podrá ejercitarse si la causa hubiere desaparecido al momento de iniciarse la acción.

“La acción de nulidad no podrá ejercitarse durante el período de embarazo de la mujer. Declarada la nulidad de un matrimonio a tenor de las disposiciones de esta Ley, los hijos habidos en el mismo serán hijos legítimos.

“El procedimiento de nulidad incoado por personas interesadas estará libre de toda costa.”

Sección 2.—Por la presente se enmienda la sección 2 de la Ley número 133 aprobada en 14 de mayo de 1937 para que lea así:

“Sección 2.—Por la presente se prohíbe a los encargados de los registros demográficos expedir certificados o licencias para contraer matrimonio, a aquellos hombres o mujeres que padezcan de las enfermedades indicadas en la sección primera de esta Ley; *Disponiéndose*, que no podrá expedirse ningún certificado o licencia para contraer matrimonio cuando ambos contrayentes no presentaren al registrador demográfico, un certificado médico demostrativo de que

ninguno de ellos sufre las enfermedades indicadas en la sección primera de esta Ley; *Disponiéndose*, que los médicos de beneficencia municipal o aquellos que fueran empleados del Gobierno Insular vendrán obligados a expedir las certificaciones referidas anteriormente a aquellas personas insolventes sin cobro de honorarios; *Disponiéndose, además*, que la certificación médica será válida por un término de cinco (5) días desde su expedición, y transcurridos éstos, no podrán contraer matrimonio sin un nuevo exámen médico.”

Sección 3.—Se adiciona la sección 2 (a) a la Ley No. 133 de 14 de mayo de 1937 que dice así:

“Sección 2 (a).—El médico antes de expedir el certificado, deberá estar convencido de que la persona que lo solicita, por escrito, es la misma que habrá de contraer matrimonio. Si ésta no es conocida por el médico, podrá ser identificada por una persona conocida por dicho médico, que bajo su firma asegure de que la persona que solicita ser examinada es la misma que va a contraer matrimonio.”

Sección 4.—Toda ley o parte de ley que se oponga a la presente, queda por ésta derogada.

Sección 5.—Esta Ley empezará a regir a los noventa días de su aprobación.

P. de la C. 1100

EN LA CAMARA DE REPESENTANTES DE PUERTO RICO

Marzo 25, 1938

Los señores Figueroa, Mundo, Gauthier y Llobet, presentaron el siguiente proyecto (el cual fué referido a la Comisión de Obras y Terrenos Públicos y ordenada la impresión) de

LEY

Para ordenar al Comisionado del Interior que permute un solar que posee la Asociación Médica de Puerto Rico en la sección sur del barrio Santurce de San Juan, por otro solar del Pueblo de Puerto Rico, radicado en el barrio Puerta de Tierra de San Juan y para asignar la suma de veinticinco mil (25,000) dólares para adquirir un edificio que posee la Asociación Médica enclavado en el solar antes mencionado, y para otros fines.

Decrétase por la Asamblea Legislativa de Puerto Rico:

Sección 1.—Autorizar y ordenar, como por la presente se autoriza y ordena, al Comisionado del Interior adquiera de la Asociación Médica de Puerto Rico, por permuta de una parcela de terreno de treinta (30) metros de frente por cuarenta y uno (41) metros de fondo, enclavada en los terrenos pertenecientes al Asilo de Niños, de Santurce, en su ángulo suroeste colindando al norte y al este con terrenos propiedad de El Pueblo de Puerto Rico; al sur, con la Avenida Manuel Fernández Juncos; y al oeste con solar de un edificio de tres

plantas propiedad de J. M. Tellado, parcela que posee dicha asociación, por traspaso y compra a El Pueblo de Puerto Rico, según las disposiciones de la Resolución Conjunta Núm. 32 aprobada el 27 de abril de 1929, a cambio de terrenos pertenecientes al Pueblo de Puerto Rico descrito como sigue:

“Urbana.—Parcela de terreno radicada en el barrio de Puerta de Tierra de esta capital compuesta de los solares 201, 202 y 196 del plano oficial de urbanización de los terrenos ganados al mar en Puerta de Tierra, colindando al norte con la zona de la vía de la Puerto Rico Railway and Light Co., por el Sur en 40 metros con una calle en proyecto en terrenos del Pueblo de Puerto Rico, por el Este en 44 metros con el resto de los solares 202 y 196 de El Pueblo de Puerto Rico, y por el Oeste en 56 metros con otra calle en proyecto también en terrenos de El Pueblo de Puerto Rico. Contiene una superficie aproximada de 2,000 metros cuadrados.”

Sección 2.—Asignar, como por la presente se asigna, la suma de veinticinco mil (25,000) dólares, de cualesquiera fondos disponibles en el Tesoro de Puerto Rico, no asignados para otros fines, para que, al llevar a cabo las disposiciones contenidas en la Sección 1ra. de esta Ley, el Comisionado del Interior adquiera por compra el edificio de

concreto en que está establecido el domicilio oficial que posee la Asociación Médica de Puerto Rico enclavado en el referido solar, de la pertenencia de dicha asociación en la sección sur del barrio Santurce de San Juan.

Sección 3.—El Comisionado del Interior queda obligado por la presente a otorgar a la Asociación Médica de Puerto Rico la correspondiente escritu-

ra de venta, cuyos gastos correrán por cuenta de ésta.

Sección 4.—Toda ley o parte de ley que se oponga a la presente, queda por ésta derogada.

Sección 5.—Esta Ley empezará a regir a los noventa días después de su aprobación.

NOTA: Aprobado por ambas Cámaras.

Recibió veto de bolsillo.

Boletín de la Asociación Médica de Puerto Rico

Avenida Manuel Fernández Juncos, Parada 19
Santurce, P. R.

Año XXX MAYO, 1938. No. 5

Editor y Administrador:

Dr. E. Martínez Rivera

Editores Asociados:

Dr. Leopoldo Figueroa
Dr. Pedro S. Malaret
Dr. David E. García
Dr. J. Noya Benítez
Dr. L. Gaetán Roberts

EDITORIAL

LEGISLACION MEDICA

En este número hemos procurado insertar la más reciente legislación médica aprobada por nuestras Cámaras, la cual no sólo es conveniente, sino necesario el conocimiento de la misma por nuestra clase, toda vez que su desconocimiento podría en algún que otro momento determinar el que se incurra en sanción penal. Un ejemplo de esto lo constituye la ley que prohíbe la inducción, la enseñanza y práctica del aborto y fomenta la enseñanza y divulgación de los principios eugenésicos con vista a la obtención de una prole sana y vigorosa y bajar el alto coeficiente de mortalidad infantil, que en su sección 2 preceptúa que el convicto de la indicación, aconsejamiento, inducción y práctica de un aborto incurrirá en delito felony y será castigado con pena de presidio de cinco a diez años en primera convicción y con diez años en los casos de reincidencia.

De otro lado aparece en este número ley tan importante como la que or-Pública, ley que establece la construcción de cuatro hospitales con cupo cada uno de 300 camas o sea 1200 camas en total, divididos en cuatro servicios, cirugía, medicina, maternidad y pediatría, además de servicios de laboratorio biológico, rayos X y dispensario con su correspondiente servicio de ambulancia.

La edificación de estos hospitales se espera esté terminada para principios del próximo año, siendo los pueblos donde están edificados Bayamón, Arecibo, Aguadilla y Fajardo, y cada uno de los cuales constituye la capitalidad del distrito hospitalario de las cuatro zonas en que la Junta Territorial de Beneficencia ha dividido la isla. El costo de cada hospital con la casa de enfermeras llegará a \$500,000 o sea dos millones de dólares los cuatro hospitales.

También se publica en este número la ley asignando \$400,000 para equipo de hospitales o sea \$100,000 para cada uno de estos hospitales, así como la ley sobre Centros Médicos, los cuales pasarán el día 10 del próximo mes de agosto de la jurisdicción de la P.R.R.A. a la de la Junta Territorial de Beneficencia y el Comisionado de Sanidad.

La ley de Centros Médicos establecidos por la P.R.R.A. con las mejoras que en el futuro puedan hacerse a ésta, podrá servir de base para el Plan de Beneficencia Rural, el que unido al plan de Beneficencia Hospitalaria Pública que radica en la zona urbana resolverá el problema de la Beneficencia Insular en Puerto Rico, según idea ya en parte llevada a la práctica y en parte acaricia-

da por el Dr. Leopoldo Figueroa, autor del plan de Beneficencia Hospitalaria Pública.

Otra ley que también ve la luz en este número es la que crea el Instituto del Cáncer, institución ésta que está cada día haciéndose sentir más en nuestra Isla.

La ley que crea la Junta Insular de Eugenesis y que autoriza la esterilización en Puerto Rico, así como la ley para evitar que los locos, lunáticos, idiotas o personas que padezcan de enfermedad contagiosa, mientras subsiste la misma, puedan contraer matrimonio en Puerto Rico, también aparecen en esta edición con el fin de facilitar a nuestros compañeros no sólo conocimiento de la mismas, sino para ponerlos en guardia acerca de la responsabilidad que las mismas entrañan. Así mismo, hemos traído a nuestras columnas para conocimiento y divulgación entre nuestra clase la importantísima ley que tiende a rehabilitar a los convalescientes de tuberculosis, establece un taller y tiende a restituirlos a la sociedad en condiciones de seguir siendo útiles desde el punto de vista social y no peligrosos desde el punto de vista de la salud pública.

Por último hemos copiado el proyecto ordenando al Comisionado del Interior a permutar un solar que posee la Asociación Médica por otro radicado en el barrio de Puerta de Tierra y asignando la suma de \$25,000 para la adquisición por el pueblo de Puerto Rico del edificio que posee la Asociación Médica, proyecto que después de haber sido aprobado por ambas Cámaras recibió el veto del Gobernador pero el cual probablemente habrá de convertirse en ley en la próxima sesión legislativa, a juz-

gar por las aclaraciones hechas con posterioridad al veto impartido a dicho proyecto. Recomendamos a nuestros colegas no solo que lean, sino que estudien esta legislación que tan beneficiosa es para nuestra clase y nuestro pueblo a la par de hacerle honor y darle gloria a nuestro país.

El Boletín de la Asociación Médica a nombre de la clase de la cual es órgano, tiene para todos los distinguidos legisladores que han cooperado en esta importantísima legislación un estrepitoso aplauso y muy especialmente para aquellos compañeros que desde la curul legislativa al actuar como legisladores han prestigiado a nuestra clase médica, siendo ellos los compañeros Leopoldo Figueroa, Blas C. Herrero, Luis Pereira Leal (q.e.p.d.), y Francisco E. Mundo.

PEDRO PEREA FAJARDO

Con gran tristeza registramos en este número una de las bajas más sentidas por nuestra clase; la muerte del Dr. Pedro Perea Fajardo.

De una manera casi inesperada, no obstante el padecimiento que le aquejaba, en la noche del 4 de mayo cerró sus ojos en la tierra para abrirlos en la eternidad, el que fué médico prestigioso, cirujano eminente, político distinguido, y gran ciudadano; nuestro compañero Pedro Perea Fajardo.

Hacer una biografía del Doctor Perea sería labor innecesaria para nuestra clase, porque no hay un compañero que no conociera de su habilidad quirúrgica y que no supiera de sus triunfos en el campo de la cirugía en el cual tan alto

renombre llegó a conquistar dentro y fuera de nuestra Isla.


Aportar datos que hablen a nuestro pueblo acerca de sus brillantes condiciones de médico y cirujano, también sería labor innecesaria porque difícilmente hay un hogar en la región oeste de la Isla, donde no se hubiera recibido el fruto de sus grandes conocimientos en el manejo de los resortes de la clínica médica o quirúrgica, en la cual adquirió gloria que poco a poco, pero de manera sólida se extendió a toda la Isla y allende los mares.

Perucho Perea, como cariñosamente se le llamaba no sólo por sus compañeros, sino también por la clase pobre, atesoraba tan grandes virtudes en su las masas populares en el campo de la

alma, que pudo conquistar el corazón de medicina así como en el campo de la política, donde logró ser astro que brilló con fulgores deslumbrantes, primero como alcalde de la ciudad de Mayagüez y después como senador por el mismo Distrito, y siendo más que todo ésto, un ídolo del pueblo.

Este es a grandes rasgos el hombre que todavía sigue llorando su partida Puerto Rico y que ha dejado un doble vacío casi imposible de llenar; como médico y como político.

Nuestra Asociación la cual presidió en su rama del Distrito de Mayagüez y la que representó varias veces en su Cámara de Delegados no tiene lágrimas suficientes para llorar tan sensible y dolorosa pérdida.



NOTICIAS MEDICO-SOCIALES

Comité Científico:

El día 24 del mes en curso se reunió en el edificio de la Asociación con el objeto de tratar sobre la organización de las distintas asambleas de distrito y de la Asamblea Anual, el Comité Científico, bajo la presidencia del Dr. Jorge del Toro.

Después de discutir varios aspectos de los programas científicos y de cambiar impresiones sobre el trabajo que se propone realizar el comité, se acordó dirigirse a los presidentes de las Asociaciones de Distrito sugiriéndoles las siguientes fechas para la celebración de sus asambleas anuales.

Humacao -----	junio 26
Aguadilla -----	julio 17
Arecibo -----	agosto 14
Mayaguez -----	septiembre 18
Ponce -----	octubre 16

También se acordó dirigir una circular a los miembros de la Asociación recordándoles que la Asamblea Anual de ésta se llevará a efecto a mediados de diciembre, solicitando la cooperación de cada uno de ellos para obtener el mayor éxito en dicha reunión científica y sugiriéndoles el observar los siguientes puntos:

1.—Comunicar el título del trabajo a esta Comité en o antes del día 1ro. de noviembre próximo.

2.—Enviar un resumen del mismo al Comité Científico no más tarde de noviembre 15. (Si el autor desea que su trabajo sea discutido por algún compañero determinado, debe informarlo así al Comité al tiempo de someter el resumen. De no hacerlo, el Comité designará

a la persona que haya de iniciar la discusión del mismo.)

3.—Una vez que el trabajo haya sido aceptado por el Comité, su autor deberá enviar una copia de éste al compañero designado para abrir la discusión, y otra deberá radicarse en la secretaría de la Asociación.

4.—Limitar el tiempo de la presentación del trabajo a veinte (20) minutos.

Dado el entusiasmo con que ha comenzado sus trabajos el Comité Científico y la reconocida habilidad de los compañeros que lo componen, es de esperarse que los programas científicos que se confeccionen durante el curso del presente año resulten de verdadero interés para la clase médica en general.

Dr. Ramón M. Suárez:

Recientemente regresó del Norte, a donde había ido en viaje de placer, el querido compañero cuyo nombre encabeza estas líneas.

Reciba el amigo y compañero, nuestro cordial saludo.

Dr. Manuel Pavía Fernández:

Ya se encuentra en franca convalecencia de la grave dolencia que le obligó a guardar cama, y que nos hizo temer por su preciada vida, el compañero y amigo distinguido, Dr. Manuel Pavía Fernández.

Es el propósito del Dr. Pavía tomarse unas vacaciones en el Norte, las que según nos ha informado, aprovechará cursando estudios avanzados en medicina interna en la Universidad de Harvard.

Al alegrarnos de todo corazón por el feliz desenlace que tuvo la enfermedad del amigo, queremos expresarle nuestro deseo de que disfrute de sus vacaciones y tenga el mayor éxito en sus estudios.

Nuevos miembros:

Durante el presente mes han sido admitidos como socios de nuestra Asociación, los siguientes compañeros:

Dr. Roberto Busó Carrasquillo, de la Clínica Mimiya, de Santurce.

Dr. Jaime Vilá Morales, de Santurce.

Dr. Narciso Moreno, de Santurce.

Próximas asambleas de distrito:

El Dr. Gregorio Igartúa, Presidente de la Asociación Médica del Distrito de Aguadilla, ha correspondido a la carta que le dirigiera el Presidente del Comité Científico, aceptando la fecha asignada para la celebración de la asamblea de aquel distrito, la cual se celebrará el domingo 17 de julio próximo.

Se están haciendo las correspondientes gestiones para la confección del programa, y oportunamente daremos a conocer el mismo.

También ha contestado aceptando, el Presidente de la Asociación Médica del Distrito de Mayagüez, Dr. Domingo Nochera.

La asamblea de Mayagüez ha quedado fijada pues, para el domingo 18 de septiembre del año en curso.

En nuestra próxima edición daremos a conocer la fecha exacta en que habrán de celebrarse las asambleas de los distritos de Humacao, Arecibo, Ponce y Guayama.

Súplica del Dr. Mariani:

El Dr. Mariani ruega a sus compañeros le informen sobre casos de sordeza en niños cuyas madres tomaban sales de quinina durante el embarazo.

Esta información se relaciona con un estudio sobre la acción tóxica en la quinina en estos casos.

Corte LA HIPERACIDEZ GASTRICA SIN EL USO DE ALCALIS...



Amphojel (Gel de Oxido de Aluminio Wyeth) es una suspensión coloidal, parecida a la crema y de gusto agradable, de óxido de aluminio hidratado, $Al_2(OH)_6$, capaz de neutralizar en una hora no menos de 12 veces su volumen de jugo gástrico conteniendo un 0.36% de ácido clorhídrico. Así es cómo 3.7 c. c. de Amphojel neutralizará más de 44 c.c. de este jugo, o la correspondiente menor cantidad de una secreción más concentrada. Está casi exenta de sales, es flúida y agradable al paladar y tiene un ligero sabor de menta.

IMPRESOS DESCRIPTIVOS A SOLICITUD

AMPHOJEL

JOHN WYETH & BROTHER, INCORPORATED, PHILADELPHIA, PA., E. U. A.

MUESTRA Y MATERIAL DESCRIPTIVO A SOLICITUD.
Distribuidores: CASTAGNET & CASTILLO CO., Box 618 (1 Tanca St.) San Juan, P. R.

Resultados brillantes se consiguen a menudo después del uso de Antiphlogistine en el tratamiento de

Abscesos • Quemaduras • Ulceras Crónicas de las Piernas, Ulceras Asociadas con Venas Varicosas

y, en efecto, en cualquier superficie lesionada.

La Antiphlogistine es un apósito antiséptico que tiene acción bacteriostática sobre los organismos piogénicos comunes. Posee cualidades nutritivas y curativas que favorecen las granulaciones sanas y la regeneración epitelial, dejando una cicatriz suave e indolora, o a veces, ausencia completa de tejido cicatricial.

Su aplicación es prácticamente indolora, y no presenta dificultad al desprenderla. Puede cambiarse todos los días o dejarse aplicada por un período más largo sin peligro de irritación.



Antiphlogistine

THE DENVER CHEMICAL MANUFACTURING CO.

163 Varick Street, Nueva York, E. U. A.

LUIS GARRATON & HNO., S. EN C.

P. O. Box 1541 — San Juan

Endomyrt [Cole]

IN THE TREATMENT OF

Diabetes Mellitus

Endomyrt (Cole) is valuable adjunct in the treatment of diabetes mellitus. Through the influence of its contained ingredients (myrtillin, duodenal and pancreatic extracts) it exerts a well defined insulin-like action. Depending upon the severity of the diabetic state, insulin may be dispensed with entirely or the number of daily injections reduced, with no change in carbohydrate intake or other dietary alteration. In addition, Endomyrt (Cole) tends to stabilize the blood sugar, so that hypoglycemic reactions from accidental insulin overdosage are greatly mitigated or prevented entirely.

Endomyrt (Cole) is supplied in capsules for oral administration. Comprehensive literature sent to physicians on request.

• • •
COLE CHEMICAL CO. St. Louis Mo. EE. UU.

DISTRIBUTED BY

ENRIQUE VELEZ POSADA

12 O'Donnell St., Box 1018 - San Juan, Puerto Rico.

Insignias de Médico



Nos place informar a nuestros compañeros que ya tenemos nuevamente en existencia las insignias para automóviles con el nombre de nuestra asociación.

El precio de dichos emblemas es de \$2.50 cada uno, y los socios podrán adquirirlo dirigiéndose al suscribiente o en el edificio de la Asociación.

Dr. ANTONIO ORTIZ,

Tesorero.



LEXTRON

(CONCENTRADO HEPATICO
GASTRICO CON HIERRO Y
COMPLEJO DE VITAMINA B,
LILLY)

LEXTRÓN' es eficaz en muchos tipos de anemia. No sólo causa remisión en la anemia perniciosa, sino que también es efectivo en las anemias causadas por pérdida de sangre, dieta deficiente o embarazo. Todos los factores requeridos para estimular la regeneración de los glóbulos rojos y de la hemoglobina

se proporcionan convenientemente en estos púlvules (cápsulas llenas).

Cada púlvule contiene:

Concentrado hepático gástrico...	0.455 Gmo.
Citratos de Hierro y de	
Amonio, verde.....	0.2 Gmo.
Vitamina B Adsorbida.....	0.016 Gmo.
Petrolato Líquido.....	0.1 Gmo.

(1 cápsula representa 15 unidades internacionales de Vitamina B₁ y 20 unidades Sherman de Vitamina B₁₂.)

Lilly

ELI LILLY AND COMPANY
INDIANAPOLIS, INDIANA, E.U.A.

AÑO XXX

JUNIO, 1938

Núm. 6

BOLETIN

DE LA

ASOCIACION MEDICA DE PUERTO RICO

ORGANO OFICIAL

PUBLICACION MENSUAL

Ave. Fernández Juncos, Parada 19

Santurce, Puerto Rico

Entered as second class matter, January 21, 1931 at the Post Office at San Juan, Porto Rico, under the act of August 24, 1912.

INDICE



	PAGINA
Lymphogranuloma Inguinale - A Review, Enrique Koppisch, M. D., San Juan, P. R.	209
Sulphanilamide in the Treatment of Ludwig's Angina (Case Report), C. E. Muñoz Mac Cormick, M. D., Santurce, P. R.	220
Consideraciones acerca de la apendicitis, Jorge del Toro, M. D., Santurce, P. R.	225
Digital - Experiencias con la Digilanida Sandoz, Ramón M. Suárez, M. D., Santurce, P. R....	235
Lymphogranuloma Inguinale (Case Report), Roy J. Stokes, M. D., and Andrés Franceschi, M. D., Aguirre, P. R.	237
Noticias Médico-Sociales	239

SUSCRIPCION ANUAL TRES DOLARES

Casa Baldrich, San Juan, P. R.

GLEFINA

PODEROSO RECONSTITUYENTE FORMULA

Cada 100 c. c. de GLEFINA contiene:

Glefinol -----	0,125 grs.
Extracto de malta -----	16,000 "
Hipof. de manganeso -----	0,036 "
" " calcio -----	0,036 "
" " quinina -----	0,014 "
" " estriquina -----	0,004 "
" " potasio -----	0,052 "
Jarabe de cacao -----	30,000 "
Ext. fluido de naranjas amargas -----	1,000 "
V. c. s. para 100 cc. de producto.	

ANDROMACHUS CORPORATION

LONG ISLAND CITY, NEW YORK

ENRIQUE VELEZ POSADA

Calle O'Donell Núm. 12, Box 1018, San Juan, P. R.

NOMBRES QUE NO INCITAN EL INTERÉS
PROFANO

Neo-IRON • Yod-IRON

Productos que Sirven al Interés Profesional.

JARABE Neo-IRON

JARABE Neo-IRON COMBINADO
CON GLICEROFOSFATOS

ELIXIR Neo-IRON

JARABE Yod-IRON

ANTIANEMICOS DE SABOR AGRADABLE Y OPTIMOS RESUL-
TADOS. - AL SULFATO DE HIERRO FERROSO Y COBRE.

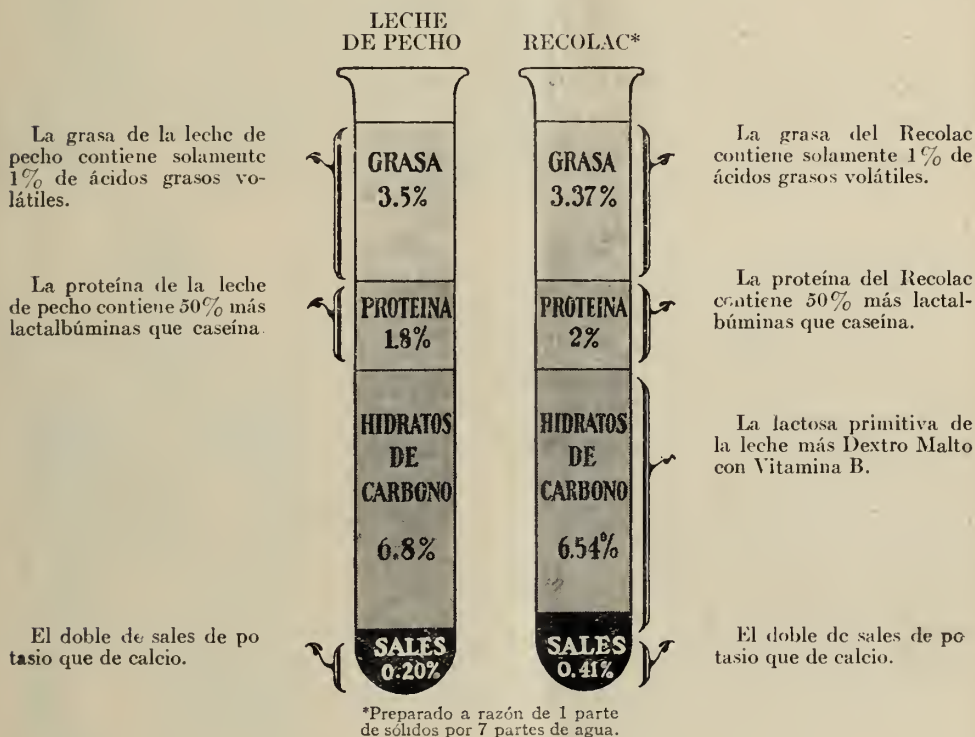
SOLICITE MUESTRA Y LITERATURA

PRODUCTOS DE AFLEG LABORATORIES

Distribuidor General: A. F. LEGRAND, Ph. G. - Apt. 326 - San Juan, P. R.

CUANTO MÁS SEMEJANTE A LA LECHE DE PECHO
SEA EL RÉGIMEN DEL NIÑO CRIADO AL BIBERÓN,
TANTO MEJORES SERÁN LOS RESULTADOS

RECOLAC



EL RECOLAC ES EL ÚNICO RÉGIMEN DE LECHE DE VACA QUE ENCARNE LA FÓRMULA FÍSICA, QUÍMICA Y BIOLÓGICA DE LA LECHE DE PECHO

Contiene vitaminas A, B (B₁), D y G (B₂), y hierro en abundancia. Indicado desde el nacimiento. De venta en todas las buenas farmacias y boticas.

Muestras y literatura a disposición de los Sres. médicos.

MEAD JOHNSON & CO., EVANSVILLE, IND., E.U.A.

ENRIQUE VELEZ POSADA, P. O. BOX 1018, SAN JUAN

PICRATOL

de WYETH

Eficaz en el tratamiento de la VAGINITIS
causada por TRICOMONAS VAGINALIS

Picratol Compuesto de Wyeth en Polvo, proporciona un tratamiento cómodo, práctico y económico de la vaginitis causada por tricomonas vaginalis. Es una mezcla suave, que no irrita, de Picratol de Wyeth al 1%, disperso en caolin, concentración que según lo ha demostrado la investigación clínica es, en general, eficaz contra este organismo.

Cuando se aplica el Picratol, Compuesto de Wyeth en Polvo, por medio de un insuflador adecuado y se suplementa con el uso de los Supositorios Vaginales de Picratol de Wyeth, se reduce el curso normal del tratamiento a un período de dos semanas, o sea, un período más corto del que se requiere generalmente para dominar la infección.

Impresos descriptivos a solicitud.

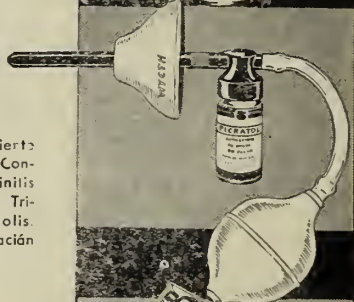
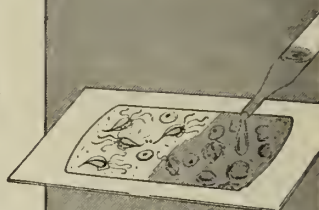
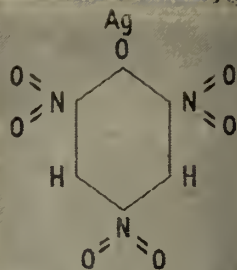
PICRATOL ofrece...

Un Colorante Amorillo que posee marcado afinidad con los tejidos al entrar en contacto con ellos.

Una Fuente de Suministro de Iones de Plata, eficaz en concentraciones que al quedar limitadas por su baja salubilidad (1 por ciento) impiden acción coagulante alguna.

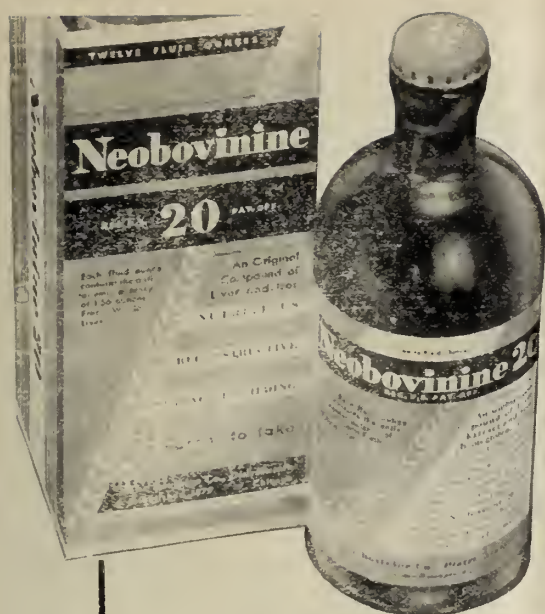
Un medio conveniente de tratar en el Consultorio la Vaginitis causada por la Tricomonas Vaginalis. Técnico de Insuflación con Polvo Seco.

Un Tratamiento Casero Auxiliar (Supositorios) para obtener acción continuo entre unas y otras visitas al médico.



JOHN WYETH & BROTHER, INCORPORATED, Philadelphia, Pa., E. U. A.

MUESTRAS Y MATERIAL DESCRIPTIVO A SOLICITUD.
Distribuidores: CASTAGNET & CASTILLO CO., Box 618 (1 Tanca St.) San Juan, P. R.



LAS ANEMIAS SECUNDARIAS

*De los Infantes
y Niños*

Neobovinine 20 es un compuesto original de extracto de hígado, hierro soluble y hemoglobina extraída de carne fresca de vaca, preparado para el tratamiento de las anemias secundarias y los estados de debilitación. Por ser de gusto agradable y fácil de tomar, se adapta especialmente para los niños.

Neobovinine 20 ofrece las ventajas de la terapia del hígado más el efecto benéfico de una forma de hierro que se asimila fácilmente así como de otros elementos orgánicos (nutritivos). Aun cuando muchas legumbres contienen una proporción favorable de fósforo, hierro y otros minerales, al cocinarlas, su valor (81 por ciento según el procedimiento empleado¹) es depreciado o totalmente perdido. En Neobovinine 20, la hemoglobina de carne fresca se extrae al frío para que pueda retener las propiedades activas de las sales animales y minerales.

Fuller² describe el tratamiento satisfactorio de las anemias en los niños con el uso de hemoglobina, según la experiencia de su práctica. Los pacientes jóvenes requieren a veces la ayuda de un agente reconstituyente después de enfermedades contagiosas o infecciosas. El médico y el paciente verán, con entera satisfacción, que el hígado, el hierro y la hemoglobina de carne contenidos en Neobovinine 20, poseen la suficiente acción vigorizante para que esté bien indicada en estos casos.

Neobovinine 20 puede tomarse con leche, jugos de fruta o directamente con cuchara, según se desee. De venta en todas las farmacias en frascos de 170 gramos.

PROMEDIO DE MINERALES CONTENIDOS

Miligramos por 100 cc.

Hierro (Fe).....	148.0
Fósforo (P)	121.0
Calcio (Ca)	8.8

1. Peterson and Hoppert—Jr. *Home Economics* Vol. 17, No. 265, 1925.

2. Fuller A. W., M. D.—"Anemia, Its Causes and Treatment."

THE BOVININE COMPANY • CHICAGO, ILLINOIS, E. U. A:

MUESTRAS Y MATERIAL DESCRIPTIVO A SOLICITUD.

Distribuidores: CASTAGNET & CASTILLO CO., Box 618 (1 Tanca St.) San Juan, P. R.

Un antiácido más segura . . .

Amphojel (Gel de Oxido de Aluminio Wyeth) es una suspensión coloidal, parecida a la crema y de gusto agradable, de óxido de aluminio hidratado, $Al_2(OH)_6$, capaz de neutralizar en una hora no menos de 12 veces su volumen de jugo gástrico conteniendo un 0.36% de ácido clorhídrico. Así es cómo 3.7 c.c. de Amphojel neutralizará más de 44 c.c. de este jugo, o la correspondiente menor cantidad de una secreción más concentrada. Está casi exenta de sales, es fluida y agradable al paladar y tiene un ligero sabor de menta.

IMPRESOS DESCRIPTIVOS A SOLICITUD.



**JOHN WYETH & BROTHER
INCORPORATED**
Philadelphia, Pa., E. U. A.

MUESTRAS Y LITERATURA A SOLICITUD
Distribuidores: CASTAGNET & CASTILLO CO., Box 618 (1 Tanca St.) San Juan, P. R.



Alivio Prolongado de la Congestion y el Dolor

En condiciones traumáticas e inflamatorias, las aplicaciones del emplasto Numotizine mejorado, producen mejoría subjetiva y objetiva de varios modos:

Primero: aumentando la circulación y estimulando la fagocitosis acelera la eliminación de los desechos tóxicos del área afectada.

El dolor es aliviado debido a sus ingredientes analgésicos, y la temperatura febril es reducida gradualmente por la lentitud con que son absorbidos el guayacol y la creosota.

NUMOTIZINE

INDICACIONES

Algunas de las condiciones para las cuales Numotizine ha sido hallada más útil, son: torceduras, picaduras de insectos, forunculosis, amigdalitis y afecciones del pecho.

N U M O T I Z I N E , I N C .

900 NORTH FRANKLIN STREET

CHICAGO, ILL., E. U. A.

EL ARGYROL

PARA USO POSTOPERATORIO



Después de una operación nasal o de las amígdalas, cuando lo indicado es un antiséptico ligeramente sedativo, la solución de Argylol (de 5 a 20 por ciento) ha dado resultados satisfactorios al cirujano y considerable alivio al paciente.

Aplicada directamente o con atomizador, la solución de Argylol no sólo calma los tejidos traumatizados, sino que además reduce la sensación de dolor y ardor, ayuda a impedir las reinfecciones y disminuye la inflamación, sin causar irritación a los tejidos afectados. De ese modo asegura la gratitud del paciente y produce mejores resultados quirúrgicos.

Tales resultados se explican por el efecto detergente y calmante que Ar-

gyrol ejerce sobre la membrana mucosa inflamada, no sólo de la naso-faringe, sino por todo el cuerpo.

Debe hacerse hincapié en que Argylol no es una de tantas sales de plata, sino algo sui generis, único en su clase. Presentado por primera vez en 1901, Argylol jamás ha podido ser duplicado: ninguna otra sal de plata contiene ésta en las mismas condiciones físicas o químicas, ni proteína de tan alta calidad ni tan adaptable. Además, Argylol es la única sal de plata que no se vuelve más irritante al aumentarse su concentración. Si usted insiste en exigir el nombre BARNES en todas las soluciones que pida o recete, podrá obtener los resultados que tiene derecho a esperar de Argylol.

S38A6

Argylol es fabricado solamente por A. C. BARNES



A. C. BARNES COMPANY, INC., NEW BRUNSWICK, N. J.

DESDE HACE 35 AÑOS, FABRICANTES EXCLUSIVOS DEL ARGYROL Y EL OVOFERRIN

"Argylol" es un producto de marca registrada, propiedad de A. C. Barnes Co., Inc.

En Pediatría

La LECHE DE MAGNESIA DE PHILLIPS es prescrita con mucho éxito para bebés y niños, en afecciones complicadas con acidez e irritación de las superficies mucosas del canal alimenticio. En tales casos produce un efecto calmante y sedativo, que las personas que no han perseverado en su uso no pueden imaginarse. Cuando prevalece la acidez, actúa como un laxante suave, pero eficaz, y es preferible a carbonatos, ya que no dilata con flato los intestinos.

Acidez

Gases en el estómago

Eructos agrios

Cólicos

Trastornos de verano

Estreñimiento

La LECHE DE MAGNESIA DE PHILLIPS se ha creado un lugar predominante en el campo de la alimentación artificial de los niños. Una cucharadita es todo lo que hay que agregar a medio litro de leche de vaca fresca o a un litro de la mezcla de leche preparada, para evitar la formación de grumos indigestos en el estómago y la tendencia al estreñimiento. No le imparte ni olor ni sabor raro a la leche.

En la alimentación de los bebés, para facilitar la digestión de la leche de vaca

La LECHE DE MAGNESIA DE PHILLIPS constituye una loción alcalina suavizadora y protectora para aliviar las irritaciones e inflamaciones de la piel causadas por evacuaciones ácidas.

Urticaria

Erupción

Irritación o exco-
rición causadas por
evacuaciones ácidas

Estomatitis

Espruo

Dentición de los niños

Proporciona mucho alivio y bienestar como una aplicación tópica en estomatitis, espruo y similares afecciones aftosas de la boca, y también como masaje de las delicadas encías de los niños al inflamarse durante el proceso de la dentición.

Con mucho agrado pondremos a su disposición muestras gratis de este admirable remedio para los niños, si Ud. tiene a bien solicitarlas a: Sterling Products Export, Inc., 170 Varick Street, New York City, U.S.A.

Leche de Magnesia de
PHILLIPS
EL ANTIACIDO-LAXANTE IDEAL





Modern Treatment of Malaria

● Nowadays in the treatment of malaria it is possible to secure relief from the symptoms promptly, sterilization of the blood in a remarkably short period, and a relapse rate much lower than that seen formerly.

This can be accomplished with Atabrine. Furthermore, systemic symptoms of drug intolerance—tinnitus, vertigo, deafness, visual disturbances—are avoided. Atabrine is usually well tolerated by patients of all ages, during pregnancy and in blackwater fever.

A résumé of outstanding reports, culled from a comprehensive literature now comprising about 1200 papers, will be sent upon request.

HOW SUPPLIED: Tablets of 0.1 Gm. ($1\frac{1}{2}$ grains), in tubes of 15 and bottles of 25, 100 and 500; tablets of 0.05 Gm. ($\frac{3}{4}$ grain) in bottles of 50 and 500. Also sugar coated tablets of 0.1 Gm. ($1\frac{1}{2}$ grains), in bottles of 25.

For cerebral and pernicious types of malaria, ampules containing 0.2 Gm. of sterile powder and 10 cc. sterile distilled water (for intramuscular or intravenous injection), in boxes of 5 ampules each.



ATABRINE

Reg. U. S. Pat. Off. & Canada



Brand of CHINACRIN

Methoxychloroethyl aminopentylamino-acridine

Manufactured and standardized in the laboratories of the
Winthrop Chemical Company, Inc., Rensselaer, N. Y.

WINTHROP CHEMICAL COMPANY, INC.

Pharmaceuticals of merit for the physician

NEW YORK, N. Y.

WINDSOR, ONT.

Factories: Rensselaer, N. Y. - Windsor, Ont.

BOLETIN DE LA ASOCIACION MEDICA

DE PUERTO RICO

PUBLICADO MENSUALMENTE BAJO LA DIRECCION DE LA JUNTA EDITORA

Año XXX

JUNIO, 1938

No. 6

LYMPHOGRANULOMA INGUINALE

A REVIEW *

ENRIQUE KOPPISCH, M. D.

*From the Department of Pathology,
School of Tropical Medicine,*

San Juan, P. R.

Much original investigative work has been done on this disease and its etiologic agent since Durand, Nicolas and Favre's studies in 1913 on the clinical and pathologic features of the condition and on its venereal origin, and more particularly after the discovery of an intradermal reaction by Frei in 1925 and of the causative virus by Hellerstroem and Wassén in 1930. These investigations led to a broader conception of a disease which had previously been very obscure; they brought together into a single entity a number of conditions heretofore considered independent or related to other diseases, and raised to the category of cosmopolitan an illness that had long been thought of as limited to the tropics.

The literature on this disease is copious, and the only justification for this brief review lies in the writer's conviction that, although lymphogranuloma inguinale is quite prevalent in

Puerto Rico, its importance has not yet received sufficient attention in the local medical literature or in the mind of the general practitioner on this Island.

History

The earliest probable reference to the condition, according to Stannus, is in the writings of an observer in a cold climate, John Hunter, who in 1786 described cases of inguinal buboes developing without apparent cause, culminating in suppuration, and not responding to the exhibition of mercury. In 1833, William Wallace again observed similar cases in Dublin, and separated the condition on clinical grounds from syphilis. Huguier in 1848 published the results of careful clinical observations of the late vulvar and anal manifestations, mainly characterized by vulvar elephantiasis, which he called esthioméne, but did not discover its relation to the disease we now know as lymphogranuloma inguinale. Trousseau had the opportunity to observe a number of cases of inguinal buboes in natives of

* Conference delivered before the Puerto Rico Medical Association, District of Humacao, March 28, 1937.

Martinique, the year 1865, and definitely suspected a venereal origin for the malady.

A number of investigators added their observations, until by the end of the nineteenth century the general clinical features of the disease were fairly well known. The stage of involvement of inguinal glands was, however, the only one then recognized, so that the illness was thought to consist of the development of unilateral or bilateral buboes accompanied by fever and culminating in either spontaneous regression or in suppuration with multiple fistulization. It was believed that it occurred in men almost exclusively, and its venereal nature, suspected by some, was denied by most. Furthermore, the disease was for many years recognized in the tropics only, or in men returning from the tropics, so that Godding, who studied cases of it in 1896, called it climatic bubo.

Durand, Nicolas and Favre gave great impetus to studies of the condition by presenting in 1913 their observations, conducted in southern France. In that publication they described in detail the inguinal manifestations and the pathologic changes in the affected lymph nodes, and pointed out its probable venereal origin, as suggested by the finding of a primary lesion in a certain proportion of the cases. These authors likewise surmised that the disease might be due to a filtrable virus, but did not seem to realize, at that time, the great clinical similarity between it and climatic bubo, and called the condition subacute lymphogranulomatosis inguinalis.

In 1925 Frei prepared an antigen

which when injected intradermally to cases of Durand-Nicolas-Favre's disease led to the formation after 48 hours of an indurated, reddened, dome-shaped papule measuring not less than 7.5mm. in diameter. Until the discovery of the Frei reaction, knowledge of the disease had been limited to the inguinal buboes. Such conditions as esthiomène and inflammatory stricture of the rectum had been taken to be secondary to syphilis, gonorrhea, tuberculosis or some other affection. Frei in 1928, Jersild in 1930, and others, discovered that the Frei reaction was also positive in the great majority of cases of inflammatory stricture of the rectum and esthiomène. It was likewise soon found that cases of climatic bubo also yielded positive Frei reactions, and it then became practically certain that the disease of the tropics and that of the North were identical.

The latest step of fundamental importance in the study of the malady came with the discovery of the etiologic agent, a filtrable virus, by Hellerstroem and Wassén in 1930, confirmed by Levaditi and his collaborators in 1931. Hellerstroem and Wassén were able to produce in monkeys, by intracerebral inoculation of pus from inguinal buboes of this disease, a meningo-encephalitis transmissible in series. They also produced enlargement of inguinal lymph glands in monkeys by inoculating lymphogranulomatous material into the prepuce. In 1931 Levaditi and collaborators succeeded in reproducing the inguinal adenopathy in man by inoculation into the prepuce of an emulsion of virus in monkey brain, thus closing the circuit of demonstrations incriminating the virus as causa-

tive agent of lymphogranuloma inguinale. Hellerstroem isolated the virus from tropical and non-tropical cases in his early experiments, and in 1933, Findlay afforded final proof, by crossed immunity tests, as to the identity of the virus of the climatic bubo of the tropics and the lymphogranuloma of the North.

Nomenclature

The variety of names given by various observers is eloquent indication of the confusion and uncertainty that has long surrounded this disease, the etiologic agent of which remained undiscovered until quite recently, and whose epidemiologic, clinical and pathologic characters were for a long time only imperfectly recognized.

The designation "climatic bubo" had been quite generally accepted until the disease of the tropics was finally identified with that of non-tropical climates. When the broad geographic distribution of the malady was recognized, the use of that name was abandoned.

The term "lymphogranuloma inguinale" proposed by Hellerstroem, and obviously derived from the "subacute lymphogranulomatosis inguinalis" of Durand, Nicolas and Favre, has gained wide recognition. It is unfortunate mainly in that it brings confusion with Hodgkin's lymphogranuloma and with granuloma inguinale caused by Donovan's bodies. It is furthermore not in keeping with the recently accrued knowledge pointing to involvement of other groups of lymph nodes than the inguinal, and to extensions of the disease

to the vulva and rectum leading to very important late manifestations.

Connotations such as *glandula idiopathica*, *lupus vulvae*, 4th venereal disease, 6th venereal disease, *esthiomène*, anorectal syphiloma, inflammatory stricture of rectum, chronic elephantiasis of vulva, *ulcus rodens vulvae*, *pestis minor*, chancre lymphogranulomateux, *ulcus callosum stenoticans recti*, etc., are either landmarks in the development of our knowledge of the disease, or else purely descriptive clinical or anatomico-pathologic designations for one particular phase of the illness. Those that refer to the late rectal, ano-rectal, or genito-ano-rectal manifestations should not be used to cover the disease as a whole. Wolf and Sulzberger proposed in 1932 that the disease be called "lymphopathia venereum", a designation that has much to commend itself, and which has already been accepted by many American writers. In some respects it is better than "lymphogranuloma inguinale", but in others seems inferior to it. It is a particularly apt name in that it points to the venereal nature of the condition and to the outstanding pathological characteristic, which is the involvement of lymphatic nodes and channels. It could, on the other hand, apply quite as aptly to syphilitic and chancroidal buboes, and does not emphasize the granulomatous nature of the most characteristic pathologic feature, for which reasons, although realizing the inconveniences of the term, we favor the designation lymphogranuloma inguinale and, more particularly, lymphogranuloma venereum.

Clinical Characters

The disease is contracted by sexual contact with an infected individual and begins with the development of a primary lesion, usually on the prepuce or coronal sulcus in man, and upon the vulva or vagina in woman. According to a majority of observers, the lesion develops from 3 to 25 days after coitus, and appears as a very small papule with little or no ulceration, or as a herpetiform vesicle that may later give rise to a small shallow ulcer. This lesion is usually very small, painless and evanescent, lasts not more than 10 or 14 days, and is often disregarded by the patient, or may go entirely unobserved, particularly in women. The primary lesion may be intra-urethral. There are instances of urethritis, most probably always associated with a urethral lesion, and the disease should be kept in mind in all cases of urethral discharge in which the gonococcus is not found in smears of the secretion. A persisting primary lesion of very prolonged duration has also been described. Accompanying this, or independent of it, there may be lymphangitis of the penis, particularly of the dorsal lymphatics.

It is worthy of note that in not more than 50 per cent of the cases presenting themselves with inguinal buboes, can the primary lesion be observed or a history of it be obtained. In women only the proportion is very much lower.

An extra-genital primary lesion, with subsequent involvement of the regional lymph glands, is occasionally observed as a result of unorthodox sexual practices. A few surgeons

have accidentally inoculated themselves through wounds in the course of operations on patients with this disease.

Approximately 1-1/2 to 6 weeks, or longer, after infection, involvement of the regional lymph glands becomes noticeable. In the average case this takes place some 21 days after infection. It may begin with a sensation of discomfort and aching in the groin. Only one gland in the inguinal region may at first be palpable as a tender, moderately firm, movable nodule. In the course of one or two weeks the other glands of the same group or of other groups become affected, visibly swollen and adherent to the surrounding tissues and skin, which are also inflamed. This may take place in either or both sides. In a large series of cases Prehn found 21 per cent with bilateral involvement, 41 per cent limited to the left side, and right-sided buboes in 38 per cent. In a very few cases the process is spontaneously arrested with only minimal enlargement, while the majority progress to suppuration and formation of fistulae. The iliac glands are concomittantly inflamed, although this is not often clinically demonstrable, but it is most unusual that the suppurative process taking place in them should break through the capsule of these glands.

That the proportion of females developing inguinal buboes is very much lower than that of males is explained by the differences existing between the two sexes in the lymphatic drainage of those parts of the genitalia that usually bear the primary lesion or portal of entry. In man, the superficial lymphatics of the penis, draining the prepuce,

frenulum and skin of the shaft, go to the superficial inguinal lymph nodes. The deep lymphatics of the glans, coronal sulcus and corpora cavernosa reach the deep inguinal glands first and then the external iliac group. It is thus understandable that, with the usual penile localization of the initial lesion in man, the inguinal lymph nodes should be so readily and invariably diseased. In women, the superficial lymphatics of the vulva reach the superficial inguinal lymph glands; those of the clitoris go to the deep inguinal glands mostly, but a few drain in the deep inguinals and hypogastrics; the posterior part of the vulva has direct lymphatic connections with the anorectal glands, and the lower one-third of the vagina drains directly into the iliac and hypogastric nodes, though having a few communications with the anorectal glands.

In the female sex, primary lesions taking their seat in the anterior and superficial parts of the pudenda will be followed by involvement of the inguinal glands, much as in men, while those situated posteriorly in the vulva or vagina will drain mainly into the pelvic lymph glands. Since most primary lesions in women develop in the fourchette and posterior portion of the vagina, the pelvic glands bear the brunt of the infection, while the inguinal groups frequently are not affected.

A majority of the cases developing inguinal buboes present general manifestations such as fever, anorexia, vomiting, malaise, chills and sweats. These may last only a few days and may be very mild, but they can also

be more severe, lasting 5 or 6 weeks, and be accompanied by marked loss of weight and even delirium. The fever may be remittent, intermittent or fairly continuous for a time. Severe headache, vertigo, backache and even stiffness of the neck have been reported. Coutts and von Haam and D'Aunoy have laid considerable stress on the latter manifestations, particularly those pointing to a possible involvement of the central nervous system, as indicating a general infection at this stage. Pain in one or more joints, indeterminate skin rashes, conjunctivitis and episcleritis may further complicate the picture and, more recently, attention has been called to alterations of the eye fundus.

The blood changes in lymphogranuloma inguinale appear not to be very constant or highly characteristic. A mild secondary anemia may be noted. An increased white blood cell count up to 12000 or 15000 is seen in many cases, accompanied by a mononucleosis and, less frequently, by eosinophilia. Williams and Gutman find a hyperglobulinemia with a relative and absolute increase in serum globulin and consequent reversal in albumin-globulin ratio. According to these authors this disturbance in serum proteins may explain the increased sedimentation rate of erythrocytes obtaining in this disease, and the not infrequent falsely positive and anticomplementary Wassermann reactions.

Late Manifestations

As previously indicated, the Frei reaction and the consequent intense clinical studies stimulated by its dis-

covery, have led to the belief that such manifestations as elephantiasis of the vulva, the genito-ano-rectal syndrome and inflammatory rectal stricture are late developments in the course of lymphogranuloma inguinale. Coutts believes the disease comparable to syphilis in having an essentially prolonged course and in presenting three stages: a primary one, which is that of the initial lesion; a secondary stage characterized by the involvement of lymph glands, fever and other evidences of generalization, and a tertiary, which would comprise such late manifestations as are now under discussion, with localization, mainly, in the external genitals, anus, rectum and pelvic tissues.

Although some cases of these conditions may yet prove to be independent of lymphogranuloma inguinale, the great majority at present appear to result from it.

There is again a difference between the two sexes as regards these late complications, for in women they are approximately six times as frequent as in men, and in the latter sex, elephantiasis of the external genitals is very rare, except as a result of extensive surgical resection of inguinal glands.

Kornblith has seen rectal stricture developing within 6 weeks of a primary lymphogranulomatous sore, but the usual sequence between the primary lesion on the one hand and the rectal stricture or esthioméne on the other is a matter of months or several years. The stricture usually begins as a proctitis or periproctitis, with its clinical accompaniment of painful defecation,

blood or mucus, or both, in the feces, and pain. Although occasionally involving higher segments of the colon, it is in the majority of cases an affection of the ampulla of the rectum, i. e., the lower 6 or 8 cm. The mucosa may be ulcerated or not, smooth or warty, and there may be peri-anal condylomata and tags, as well as fistulae. The fistulae appear to develop as the result of suppurative processes in the peri-rectal lymph glands.

Esthiomene is characterized by elephantiasis of the vulva, with or without ulceration, in occasional instances accompanied by attacks of lymphangitis of the pudenda and often complicated by stricture of the vagina. Stricture of the rectum in women often occurs in conjunction with esthioméne.

That the Frei reaction is positive in not less than 80 per cent of these cases; that antiluetic treatment rarely results in improvement; that there may be a history of buboes, or their scars be visible in some of these patients, and that the pathological changes not infrequently suggest lymphogranuloma inguinale, all tend to implicate the latter disease in the pathogenesis of the genito-ano-rectal sequelae.

Pathological anatomy

The primary lesion has been studied histologically by several authors, but seems not characteristic, except in a minority of cases. There is the usual response on the part of the epidermis to inflammatory processes in the subjacent derma: swelling of cells, inter-and intra-cellular edema with, at times, some

vacuolation, some disturbance of the normal arrangement, and hyperplasia with the presence of more numerous mitotic figures and broadening of rete pegs. The subjacent derma presents a localized area of dense infiltration with lymphocytes, plasma cells, proliferating fibroblasts and a few large mononuclear histiocytes. Polymorphonuclear leukocytes appear in varying proportions as the result of secondary infection, in which case the epidermis is usually ulcerated. The capillaries show swelling of the endothelium, but there seems to be no intimal proliferation as in the syphilitic chancre. In rare cases, minute abscesses surrounded by histiocytes (so-called epithelioid cells), may develop.

The buboes are characterized grossly by the enlargement of the affected glands, by the adhesion of nodes to one another, and by the formation within the glands of multiple abscesses filled with more or less viscid, yellowish or yellowish-green pus. Microscopically, at the height of the glandular involvement, which is approximately 5 or 6 weeks after the infecting coitus, the normal histologic appearances are distinctly altered throughout the affected nodes. The follicles and their primary centers, the lymph cords and sinuses are vaguely defined, there being a diffuse infiltration of the lymphoid tissues with plasma cells. In various portions of the glands are abscesses containing fragmented leukocytes and surrounded by a distinct zone of large pale histiocytic (epithelioid) cells. It has been thought by some observers that the histiocytes within the abscess cavities contain true inclusion bodies in the form of cytoplas-

mic, irregularly-size and shaped, dark elements, referred to as Gamna bodies, after their discoverer. Others believe that these are not specific structures, but that they represent phagocytosed nuclear débris. The reticulum cells of the glands are usually enlarged, and after the height of the infection in the glands has been reached, more or less extensive fibrosis develops throughout the lymphoid tissues. Multinucleated cells are frequently found in the epithelioid-cell barrier about abscesses, and true Langhans giant cells may develop. In our material giant cells have always been either very scanty or altogether absent.

The inflammatory reaction extends to the capsule of the glands, which responds with thickening and dense infiltration by plasma cells and lymphocytes. The periglandular tissues are extensively involved in the inflammatory process also, and this explains why the various glands should become matted to each other. Here, there is proliferation of fibroblasts, infiltration with plasma cells, lymphocytes, histiocytes, and polymorphonuclear leukocytes and, occasionally, formation of small abscesses surrounded by epithelioid cells. An obliterating endarteritis is often in evidence, an alteration which cannot be regarded as specific or characteristic of the disease, since it is often present in areas chronically inflamed from some cause or another.

Kornblith has studied histologically the nodule resulting from a positive intradermal Frei test, and describes the formation of minute foci of necrosis or suppuration surrounded by a barrier of epithelioid cells.

In esthioméne, the histopathologic picture is not definite or characteristic in most instances. Corresponding with the gross enlargement and elephantiasis, there is more or less chronic edema and fibrosis of the deeper tissues. The epidermis may be thick and hypertrophic, or attenuated in places and ulcerated. The derma is overrun by plasma cells, lymphocytes, and lesser numbers of large mononuclears. There is a distinct tendency for the cellular infiltration to be distributed perivascularly. The elephantiasis is explained by the presence of lymphangitis and phlebitis with thrombosis and obstruction, which leads to chronic edema of the affected parts, and this stimulates the formation of abundant fibrous connective tissue. In carefully studied cases, there have been found groups of epithelioid cells arranged about a central area of necrosis.

In inflammatory stricture of the rectum the mucosa may be ulcerated or not. In the latter case there is more or less dense, diffuse infiltration outside the mucosa with plasma cells and lymphocytes mainly, but large mononuclears and other types of cells may appear in lesser numbers. New capillaries form, so that there is development of granulation tissue throughout a more or less broad zone in the rectal wall, and outside of it there is fibrosis with edema, perivascular rounded cuffing and, again, small groups of epithelioid cells with a necrotic center. Barthels and Biberstein, who have reported several cases in detail, describe the perivascular cell infiltrations as occurring within the lymphatic channels accompanying the blood vessels,

and find groups of epithelioid cells within the small perirectal lymph nodes, often in the lymph sinuses. In the more advanced cases, fibrosis predominates over the other alterations, but cell infiltration of the lymphatic channels and obstruction through thrombosis are still evident, according to the same authors.

In inflammatory stricture of the rectum, as in elephantiasis of the vulva, the alterations appear to depend on damage to the lymphatic channels and, to a lesser extent, and probably secondarily, to the veins. The tissue alterations are characteristic in this and in the formation of groups of epithelioid cells about foci of necrosis, but cannot be considered pathognomonic. Furthermore, in a given case, very extensive search may be necessary before the foci of epithelioid cell reaction and the characteristic abscesses can be discovered.

Intradermal test of Frei

As originally described by its discoverer, the material for the test is obtained, prepared and utilized as follows. The patient selected should be proved free from tuberculosis or any other venereal disease, and the inguinal bubo from which pus is to be obtained should be one that, although fluctuant, has not developed a fistula. The pus is aspirated with a thick needle and syringe, mixed with normal salt solution in the ratio of 5 or 6 parts of saline to 1 of pus, and sealed immediately in glass ampoules with not more than 1 cc. in each. The pus emulsion is then heated for two hours at 60° C., and the fol-

lowing day for 1 hour at the same temperature. The material is next tested for sterility and kept in the dark in a refrigerator.

The test is usually carried out in the forearm. One tenth of a cc. of the antigen is injected into the skin, previously cleansed with alcohol, and an equal amount of sterile normal saline, as a control, into the opposite forearm. The antigen should have previously given negative results in normal individuals. It is well to inoculate a known normal individual at the same time. At the end of 48 or 72 hours, a positive test will have given rise to development of a dome-shaped papule not less than 0.7 cm. in diameter. The papule may have a small necrotic center, and is usually surrounded by a more or less broad zone of hyperemia.

At the present time the antigen is being prepared commercially from the brains of mice that have been inoculated intracerebrally with the virus of lymphogranuloma inguinale. Strauss and Howard believe that mouse brain antigen may frequently give rise to falsely positive tests. Against this opinion is the extensive experience of Grace and Suskind and of von Haam and Hartwell who find this kind of antigen fully as reliable as the human. It does seem true, and this is admitted by von Haam and Hartwell, that some allergic individuals may respond with a falsely positive test, and at present the control material injected usually consists of normal mouse brain in saline.

According to Connor, Levin and Ecker, the test is uniformly positive in all cases 40 days after onset of the

buboes, but positive reactors may begin to appear as early as 7 days after the glandular involvement has become clinically detectable. It remains positive for a great number of years, probably indefinitely.

General properties of the virus

The virus was originally isolated by Hellerstroem and Wassén of Stockholm, by inoculating pus obtained from an inguinal bubo, into the brains of monkeys. This instigated the development of a meningo-encephalitis, transmissible in series.

It is filtrable through Chamberland L 3 and Berkefeld V candles, but not very readily, is inactivated in 30 minutes by a temperature of 55° C., and keeps in glycerin for not longer than a week at a temperature of 5—7° C. When frozen and dried in vacuo its activity is conserved for some 3 months.

It has been found in man in the primary lesion, in the buboes, in the tissues affected with esthiomène, in those of rectal strictures, in the spinal fluid in acute cases, and in the feces in cases of stricture (Paulson). The latter finding, if confirmed, may be of great epidemiologic significance, since it might mean that, in some cases at least, the late manifestations may yet be infective.

Of experimental animals, monkeys, squirrels and mice appear to be the more susceptible. In these, a meningo-encephalitis results after intracerebral inoculation. Ishimitsu has found inclusion bodies in histiocytic cells, ependyma, chorioid plexus and glial cells in brains

of mice thus inoculated, and also in buboes of man. Miyagawa and collaborators find very small elementary bodies in infected animal and human tissues. This same investigator has cultivated the virus in vitro, again demonstrating the presence of elementary bodies.

Virus has never been isolated from the blood or saliva of cases of the disease. This does not invalidate the previously mentioned supposition about the generalization of the infection at the time of the buboes, and might only mean that it is present in amounts too minute for detection by our present methods.

Subcutaneous inoculation in certain animals, like the monkey, dog and rabbit, produces an inflammatory reaction in the regional nodes with swelling, but most observers agree that the histologic picture so evoked in the glands is not the same as in man.

Treatment

The large number and great diversity of agents so far tried is sufficient proof that the therapeutic efforts at control of the disease have been largely futile. A number of measures, however, stand out as particularly worthy of trial.

Frei relies mainly on the use of antimony and gold salts, although many other observers report unfavorably on the latter. Prehn utilizes Frei antigen intradermally in doses of 0.1 cc. increasing to a maximum of 0.7, administered every other day. Sézary and Facquet have proposed the drug anthiomaline, on which several favorable reports have

already appeared, notably that of Oteiza Setién and Fariñas Guevara. Tartar emetic or fuadin are solely relied upon by many. Loehe and Rosenfeld believe solganol is very valuable, and give it intramuscularly in an oily suspension in doses of 0.2 increasing to 0.6 cc., twice a week and for a total of 20 injections. They warn, however, against its use in patients with dermatitis and renal disease, and do not employ it when a concurrent syphilitic infection has to be treated, at the same time, with heavy metals. X-rays have been advocated by some, prior to surgical intervention, while others use it in conjunction with drugs. Hanschell advocates non-specific protein therapy with typhoid vaccine: 100, 200, 300 and 400 million intravenously every 3 or 4 days, and aspirates the pus from glands that have gone on to fluctuation. Delbet and others use a so-called specific vaccine prepared by excising a gland or portion of one, cutting it up fine and placing it over calcium chloride for 48 hours at 37° C. Emulsified in normal saline, it is injected subcutaneously in increasing doses every two days. Hellerstroem, and also Gay-Prieto, use vaccine therapy intravenously.

Opinion is divided on the value of surgical resection of the buboes, but extensive operations are condemned by most, because of the danger of provoking elephantiasis of the leg or scrotum. Many advocate aspiration of the pus, without operation.

The management of the late manifestations is even more unsatisfactory than that of the buboes, and is for the

most part frankly palliative. Many of these cases represent surgical problems, because of advanced elephantiasis of the pudenda or stenosis of the rectum from stricture, and although resections may have to be carried out in the former for

purely mechanical relief, and an artificial anus may be necessary in the latter, nothing has been found yet that will have a definitely favorable effect on the fundamental disease process.

REFERENCES

- BARTHEL, C. and BIBERSTEIN, H.: Zur Aetiologie der entzündlichen Rektumstricturen; Lymphogranuloma Inguinale als Grundkrankheit. Beitr. z. klin. Chir. 1931, 152, pp. 161, 325 and 464.
- CONNOR, W. H., LEVIN, E. A. and ECKER, E. E.: Observations on the Frei Test. Jour. Infec. Dis. 1937, 60, 62.
- COUTTS, W. E.: Contribution to the Knowledge of Lymphogranulomatosis Venerea as a General Disease. Jour. Trop. Med. & Hyg. 1936, 39, 13.
- DURAND, M., NICOLAS, J. and FAVRE, M.: Lymphogranulomatose inguinale subaigue d'origine génitale, peut-être vénérienne. Bull. Soc. méd. des Hop. 1913, 35, 274.
- FINDLAY, G. M.: Relationship of Climatic Bubo and Lymphogranuloma Inguinale. Lancet 1932, 2, 11.
- Experiments on the Transmission of the Virus of Climatic Bubo (Lymphogranuloma Inguinale) to Animals. Trans. Roy Soc. Trop. Med. and Hyg. 1933, 27, 35.
- FREI, W.: Eine neue Hautreaktion bei Lymphogranuloma Inguinale. Klin. Woch. 1925, 4, 2148.
- Venereal Lymphogranuloma. Jour. Amer. Med. Assoc., 1938, 110, 1653.
- FREI, W. and KOPPEL, A.: Ulcus vulvae chronicum elephantasticum (Esthioméne) und sogenanntes Syphilome anorectal als Folgeerscheinungen der Lymphogranulomatosis inguinalis, Klin-Woch. 1928, 7, 2331.
- GRACE, A. W. and SUSKIND, F. H.: Lymphogranuloma Inguinale. III. The Use of Lymphogranulomatous Mouse Brains for Diagnosis. Arch. Dermat. & Syph. 1936, 34, 65.
- Von HAAM, E. and D'AUNOY, R.: Is Lymphogranuloma Inguinale a Systemic Disease? Amer. Jour. Trop. Med. 1936, 16, 527.
- Von HAAM, E. and HARTWELL, R.: Value of Mouse Brain Antigen for Diagnosis of Lymphogranuloma Inguinale. Proc. Soc. Exp. Biol. & Med. 1937, 36, 269.
- HANSCHALL, H. M.: Observations on Climatic Bubo. Lancet 1926, 2, 276.
- HELLERSTROEM, S. and WASSEN, E.: Meningo-enzephalitische Veränderungen bei Affen nach intracerebraler Impfung mit Lymphogranuloma Inguinale. Verh. 8. Internat. Kongr. f. Dermat. u. Syph., Kopenhagen, Aug. 5-9, 1930.
- ISHIMITSU, K.: Cytoplasmic Inclusions in the Lesion of Experimental Lymphogranulomatosis Inguinale. Jap. Jour. Exp. Med. 1937, 15, 185.
- KORNBLITH, B. A.: Observations on Lymphogranuloma Venereum: Clinical Pathological Study of Sixty Cases with Observations on the Histopathology of the Frei Test. Surg. Gynec. & Obst. 1936, 63, 99.
- MIYAGAWA, Y., MITAMURA, T., YAOI, H., ISHII, N. and OKANISHI, J.: Studies on the Virus of Lymphogranuloma Inguinale Nicolas, Favre and Durand. Sixth Report: Inoculation Experiment of the Virus in Small Laboratory Animals Besides Monkeys and Mice. Jap. Jour. Exp. Med. 1936, 14, 197.
- Seventh Report: Cultivation of the Virus by Tissue Culture Method. Ibid. 1936, 14, 207.
- OTEIZA SETIEN, A. and FARIÑAS GUEVARA, E.: Tratamiento de la enfermedad de Nicolás-Favre por el antimonio III tiomato de litium. Vida Nueva 1937, 39, 1.
- PAULSON, M.: A new Diagnostic Intradermal Reaction with Bowel Antigen: Indicating the Presence of the Virus of Venereal Lymphogranuloma in the Intestine and Differentiating Colitis Associated with that Virus. Jour. Amer. Med. Assoc. 1937, 109, 1880.
- PREHN, D. T.: Lymphogranuloma Venereum and Associated Diseases. Arch. Dermat. & Syph. 1937, 35, 231.
- STANNUS, H. S.: A Sixth Venereal Disease. William Wood & Company, Baltimore, 1933.
- STRAUSS, M. J. and HOWARD, M. E.: The Frei Test for Lymphogranuloma Inguinale; Experiences with Antigens Made from Mouse Brain. Jour. Amer. Med. Assoc. 1936, 106, 517.
- WILLIAMS, R. D. and GUTMAN, A. B.: Hyperproteinemia with Reversal of the Albumin-Globulin Ratio in Lymphogranuloma Inguinale. Proc. Soc. Exp. Biol. & Med. 1936, 34, 91.
- WOLF and SULZBERGER: Lymphopathia Venereum. Brit. Jour. Dermat. 1932, 44, 192.

SULPHANILAMIDE IN THE TREATMENT OF LUDWIG'S ANGINA *

(CASE REPORT)

C. E. MUÑOZ MacCORMICK, M. D.

Santurce, P. R.

Ludwig's angina has been defined by Chevalier Jackson as an acute septic-inflammatory process involving the cellular tissues of the floor of the mouth and the submaxillary region of one or both sides of the neck. According to him it was first adequately described by Ludwig in 1836, although other authors, among them Forgue, claim that Gensoul, of Lyon, had observed and described this condition in 1830. Camerer in 1837 named it Ludwig's angina, which term, according to Forgue, who describes it as a gangrenous cellulitis of the floor of the mouth, is twice inexact first because it is not a true angina and secondly because Gensoul had described the condition six years previous to Ludwig.

Although streptococci are most frequently encountered and usually predominate, other organisms as staphylococci, pneumococci, and anaerobic bacteria have also been found, usually in mixed infections but at times alone. *Bacillus septicus* has been isolated in a few cases, and the saprophytic bacteria of the mouth are blamed for the fetid odor of the pus and diffuse gangrene of the tissues. Neter and Young recently reported a fatal case in which the causative organism was a hemolytic enterococcus.

It is agreed by most authors that the origin of the infection is usually within the lower gingival borders, especially around the teeth. Bacteria may enter through abrasions, wounds, and ulcerations of the tongue or buccal mucosa of the floor of the mouth. Disease of the teeth, usually the canine and incisors, and alveoli of the lower jaw have been regarded by some authors as the leading cause of Ludwig's angina. The infection from these sources invades the areolar tissue beneath the buccal mucosa and the lateral sublingual pocket is soon filled with pus. It may also follow tooth extraction. Experimental studies of the lymphatic drainage have shown fairly well that such infections do not come from the region of the faucial tonsils (Jackson) and Ludwig's angina secondary to sinus infections is rare. (Barnhill).

Although the literature on the subject gives the impression that the disease may be located in almost any region of the floor of the mouth or upper neck. Barnhill stresses the fact that in the beginning the infection is probably always located in the upper strata of the floor of the mouth and that when the abscess is found later in other locations it is because it has ruptured through the walls of its primary environment and has found new spaces of lodgement. What he terms the "lateral

* Presented at the Monthly Staff meeting of the Mimiya Hospital on June 7, 1938.

sublingual pocket", bounded above by the mucosa of the mouth, externally by the fascia enveloping the submaxillary gland, mesially by the fascia which separates the glands and envelops the muscles of the floor of the mouth, is the place where Ludwig's angina is most likely to be found. In the presence of loose connective tissue and especially when under pressure the process may break through and extend to lower planes in the floor of the mouth or neck. It might break into the pharyngo-maxillary cavity posteriorly and from here, if still pent up under pressure, the pus may find its way downward along the external surface of the carotid sheath and travel as far as the anterior mediastinum, this route constituting what Mosher denominates the Lincoln Highway of the neck. The original process may also rupture through the fascial wall below and sag beneath the chin where it appears as a hard phlegmonous mass between the symphysis menti and hyoid bone. It may readily cross to the opposite side of the floor of the mouth since all the muscles and fascia here are bound together only by an abundance of loose connective tissue which extends from one side to the other.

The onset of the disease is marked by pain in the floor of the mouth, difficulty in talking and swallowing and salivation. Chills of variable intensity are early experienced due to the rapid spread of the process throughout the loose areolar tissue. The pain is severe because of the rapid displacement of the tissues by the swelling. Elevation of the tongue, with redness and edema of the mucous membrane over the in-

volved area sometimes giving the appearance of a double tongue is characteristic. If the process is confined to one side the tongue is pushed upward and backward towards the opposite side. If both sides are involved the tongue is crowded upward and backward in the median line and thus mechanically interferes with swallowing and breathing, the tongue with its swollen supraglottic structures crowding backward over the larynx. A painful mass usually of board-like hardness and which can be palpated in the floor of the mouth appears beneath the jaw, rapidly extending into the neck and even reaching at times the level of the sternum. Fluctuation will be presented only in event the pus has approached either the buccal or submandibular surface but it is rarely ever determined otherwise, even in the presence of large amounts of pus, because of the density and toughness of the upper cervical fascia (Barnhill).

The name of **woody phlegmon** has been given to a serious affection classified with Ludwig's angina in which pus is rarely formed and in which, after incision, the cut edges have the appearance of fat bacon.

The degree of tenderness is variable and the overlying skin may be pale or dusky red. The temperature fluctuates in most cases between 99 and 103° F. and a moderate leukocytosis is present. The patient looks quite sick and marked distress is evident, dyspnea may become intense and require tracheotomy. A rapid pulse, out of proportion with the temperature, is noticeable in the more acute cases and cardiac failure

or asphixia may supervene at any moment.

The prognosis is grave. Mortality has been reported by some authors around 50%, and still higher if surgical treatment is not instituted early. Forgue states that the statistics of Reclus placing the mortality around 80% appeal to him as being most sincere. Huguot and Bovis report 4 deaths out of 5 cases in which no surgical intervention was undertaken; 3 out of 5 in which the intervention was unduly delayed or not radical enough and 4 deaths out of 14 cases treated early by ample surgical drainage. The consensus of opinion is that early intervention with free drainage is indicated. Tracheotomy becomes indispensable in some cases (Gill and Ridall) and should be performed without delay if the dyspnea becomes alarming. According to Da Costa death is usually due to edema of the larynx or bronchopneumonia. Thomas believes that most deaths are due to edema of the glottis. In the gangrenous and septicemic cases death is due to the overwhelming toxemia causing cardio-circulatory failure.

CASE REPORT:— Luis Nieves, colored 44 years old, was admitted as an emergency case to Mimiya Hospital on June 1, 1938 with the following history, as obtained from his wife: On the evening of May 27 he complained of slight pain over the right submaxillary region. Some swelling of the buccal mucosa of the floor of the mouth on the right side was noticed next morning. Twenty-four hours later a chill was experienced followed by some fever and increased local swelling. A physician was called to see the case but in spite of treatment

the condition rapidly progressed. Profuse salivation, quite annoying to the patient, was now evident and talking and swallowing was interfered with. On the fourth day after onset the patient was drowsy and very toxic and great difficulty was experienced in trying to swallow even water. Next day he was seen by another physician who ordered his immediate hospitalization.

Examination revealed a well developed and well nourished colored individual lying in bed somewhat dyspnoeic and quite toxic with a temperature of 39, pulse of 110 and respiratory rate of 32. The mouth was slightly opened and fetid saliva was profusely running out. The tongue was greatly enlarged and the buccal mucosa of the floor of the mouth was tremendously swollen and angry looking, thus pressing the tongue against the palate. The gums were dirty looking and showed advanced pyorrhea. An enormous, hard, tender mass which could be palpated through the floor of the mouth was evident on the right submaxillary region. A slightly smaller mass was seen on the left side. Edema of the whole neck down to the level of the cricoid cartilage was quite marked. The nape of the neck was also swollen but to a much lesser extent. Marked dyspnea was present and direct examination of the oropharynx was rendered impossible because of tremendous upward displacement of the tongue. A digital examination with a gloved finger showed nothing abnormal in the region of the tonsils, pillars or retropharyngeal region. A needle was passed into the large mass through the buccal surface on the right side but only about one cc. of thick dark yellowish-red fluid with

small particles of necrotic material or pus in suspension could be aspirated. It was sent to the laboratory for culture. The leukocytes were 17,100 with 86% polys, 8% lymphocytes, 1% basophiles, 2% monocytes and 3% metamyelocytes. The culture showed a mild bacterial infection among which some hemolytic streptococci were found.

Heat was applied locally, warm mild-ly antiseptic mouth washes ordered, and Prontylin (W) given in large doses, dissolved in water, every three hours. Of course some difficulty was encountered in the oral administration of the drug as the patient had marked interference with swallowing, but we insisted on trying the treatment per os. Preparations were made for tracheotomy in event the dyspnoea grew worse and an oxygen tent was kept at hand. Watchful expectation followed for the next 20 hours which was the observation time set for trial previous to instituting the classical treatment of free surgical drainage.

That night the temperature came down to 38.5 C but the pulse went up and became more easily compressible. Early next morning the temperature was 38° C but soon went up to 40° C. The patient, however, claimed that he felt somewhat improved and, true enough, could slightly move the tongue and swallow with less difficulty. The dyspnoea had disappeared but the neck was still very much swollen. Twenty-four hours later, that is, about 36 hours after prontylin medication was started, the temperature curve rapidly declined hitting the normal level in the morning of June 4. The swelling on the floor of

the mouth soon receded and the tongue came back to its normal position. The swelling of the submaxillary regions gradually subsided and the edema of the neck soon disappeared. An uneventful recovery followed.

During the first 24 hours of hospitalization he was given 21 tablets or seven grams of prontylin, orders having been issued to skip the midnight dose so as not to interfere with the little sleep the patient was able to get. Fifteen tablets or 5 grams were taken during the second and third 24 hour periods, respectively, and from then on it was cut down to 3 grams daily. No other discomfort than nausea and burning sensation in the epigastrium during the first day was experienced, and these subsided immediately upon increasing the amount of bicarbonate of soda taken after the drug.

COMMENT:

A review of the current literature in the clinical use of sulphanilamide has been made. Only recently the subject has been handled in a masterly fashion by various authors as Longcope, Spray, Hageman and Blake, and Neal and Appelbaun. Although a large number of clinical entities have been covered in these reports, not a single case of Ludwig's angina has been reported as treated with this drug.

SUMMARY:

(1) The condition known as Ludwig's angina is briefly described from its historical, clinical, anatomical and bacteriological aspects.

(2) A case of Ludwig's angina which recovered without surgical intervention under sulphanilamide treatment is reported.

(3) A review of the current literature in the subject seems to show that no other cases of Ludwig's angina have been reported as treated with this drug.

CONCLUSION:—

May I, in closing, emphasize the fact that the study of a single case can achieve no other purpose than to lay before us a new problem or possibility for our consideration. The remarkable improvement, almost spectacular, which followed the administration of pronty-

lin in this specific case of Ludwig's angina without necessitating any surgical intervention renders it, in my opinion, unjustifiable not to give a fair trial to this drug in all similar cases that might come under our professional care, but while so doing, — and this point must be specially emphasized, — it is imperative that the operating room be ready so that, if necessary, and without undue delay that might jeopardize the life of the patient, the long established precepts of the leading and most experienced members of our profession throughout the world be once more brought into action as the most reliable live-saving procedure — FREE SURGICAL DRAINAGE.

- BIBLIOGRAPHY -

Neter and Young:— Ludwig's Angina due to Hemolytic Enterococcus.
Am. Jour. of Dis. of Children 53: 1531-1533 June, 1937.

C. Cruz Bustillo:— Ludwig's Angina or diffuse phlegmon of the floor of the mouth: Recovery of a case after surgical therapy.
Rev. Med. Cubana 48:240-246 March 1937.

Gill and Ridall:— Ludwig's Angina; case requiring tracheotomy recovery
Virginia Medical Monthly 63:677-681 February 1937.

Hageman and Blake:— Clinical experiences with sulphanilamide in the treatment of Beta Hemolytic streptococcal infections.
Am. Jour. Med. Sciences Vol. 195 No. 2; 791 February, 1938.

Neal and Appelbaum:— Experience with sulphanilamide in meningitis Am Journ. Med. Sciences Vol. 195-No. 2; 791 February, 1938.

Robb Spalding Spray:— Bacteriostatic action of prontosil soluble, sulphanilamide and disulphanilamide on the sporulating anaerobes commonly causally associated with gaseous gangrene.

Journ. of Lab. and Clin. Med., Vol 23 No. 6, Pages 609-614. March, 1938.

E. Forgue:— Précis de Pathologie Externe, 9^o Edition Tome II.

Barnhill:— Surgical Anatomy of the Head and Neck, 1937.

Jackson and Coates:— The Nose, Throat and Ear and Their Diseases.

Klemperer:— Tratado Completo de Clínica Moderna.

Long and Bliss:— The Clinical use of sulphanilamide and its Derivatives in the Treatment of Infectious Diseases.

Annals of Int. Med. Vol. 11, Oct. 37-575-593.

CONSIDERACIONES ACERCA DE LA APENDICITIS *

JORGE DEL TORO, M. D.

Santurce, P. R.

Tanto se ha dicho y se ha escrito acerca de las afecciones del apéndice vermiforme, que parece estar fuera de lugar el traer de nuevo el asunto a la consideración de ustedes. Con esta noción en mente, me propongo ocupar vuestra atención con una conferencia que no tenga forma textual.

Como es costumbre en trabajos médicos presentar alguna estadística que sirva de base al estudio, he recopilado con este objeto una serie de datos de mi trabajo personal de varios años llevado a cabo en distintos hospitales y clínicas de San Juan.

Como es de esperarse, el número de casos es pequeño. He tomado datos de cuatrocientos ochenta y cinco casos operados. Incluyo únicamente casos operados con el objeto de extirpar el apéndice, sin tomar en cuenta los casos en los cuales la apendicectomía fué practicada durante el curso de otras operaciones.

De estos 485 casos, 318, ó sea el 65.55% han sido casos agudos; y 167, o el 34.44% crónicos.

289 casos pertenecieron al sexo femenino y 196 al masculino.

Descontando 37 casos que no tienen anotada la edad, los 448 restantes están distribuidos por edades como sigue:

Años	Número
1 a 10.....	41
11 a 20.....	151
21 a 30.....	134
31 a 40.....	70
41 a 50.....	31
51 a 60.....	14
61 ó más.....	7

El caso más joven fué de dos años, y el de mayor edad tenía setenta años.

Según esta tabla, las edades en las cuales es más frecuente la apendicitis está entre los once a veinte años; sigue la década de los 21 a los 30, y luego va disminuyendo con la edad.

Los cuarenta y un casos de la primer década fueron todos agudos, y de los siete casos de 61 ó más, uno solamente está clasificado como crónico por no presentar síntomas de infección aguda en el momento en que fué operado.

Según esta recopilación, se ve que hasta los diez años no ha habido tiempo de presentarse la apendicitis en su forma crónica, y que si hasta los sesenta y un años la forma crónica no se ha presentado, es raro que se presente a esa edad

* Trabajo leído ante la Asociación Médica del Distrito de San Juan, la noche del 31 de mayo de 1938.

*Apendicitis folicular y linfadenitis
mesentérica*

Entre las diferentes formas de la apendicitis aguda, hay una que solamente ocurre en la niñez, o sea la apendicitis de forma folicular, en la cual la infección toma asiento principalmente en los folículos linfáticos del apéndice. Esta clasificación está en estos records desde el año 1923.

El hecho de que el apéndice contiene muchos más folículos linfáticos en la niñez que en la edad adulta es bien conocido. En la adolescencia se cuentan de ciento cincuenta a doscientos folículos, los cuales se reducen con la edad y van desapareciendo con los años.

La forma folicular se caracteriza por la presencia del infarto o adenitis de los ganglios linfáticos del meso-apéndice, y la apariencia relativamente sana del apéndice comparada con la propagación de la infección. El exudado peritoneal se forma rápidamente, y puede llegar a producirse la peritonitis séptica generalizada sin que haya habido la perforación del apéndice. En algunos de los casos más agudos, y especialmente en niños ya de mayor edad, puede presentarse también el cuadro de una ileitis regional aguda, con axudado hemorrágico dentro del ileo terminal y con extensión de la adenitis a los ganglios mesentéricos correspondientes.

Tratando de explicar el modo como una infección del apéndice puede propagarse fuera de sus límites sin ocasionar gran daño a éste, hice la siguiente citación en una clínica en la Escuela de Medicina Tropical el 20 de Abril de 1933.

William Boyd (1) en su tratado de Patología quirúrgica dice: "la submucosa del apéndice se comunica libremen-

te con el tejido subperitoneal del meso-apéndice por el hiatus muscularis, por el cual atraviesan los vasos sanguíneos y linfáticos.

...en los casos de infección estreptocócica sobre todo, la inflamación puede propagarse rápidamente desde la submucosa hasta la capa peritoneal, dando lugar así a la peritonitis generalizada, aun en los casos en que no existe una inflamación apendicular muy acentuada." Expuse entonces unos casos que corroboraban perfectamente la afirmación de Boyd.

Recientemente han aparecido varios artículos tratando de la linfadenitis ileo-cecal y de la linfadenitis mesentérica de los niños. En el estudio de esta forma de infección linfática, el punto que se discute principalmente es el de si la infección glandular linfática tiene o no su origen, o más bien, su puerta de entrada en el apéndice.

Brown, de Australia (2) discutiendo éste asunto opina que el diagnóstico diferencial es posible entre la linfadenitis ileo-cecal y la apendicitis. El asunto es interesante y de méritos prácticos. La posibilidad de este diagnóstico diferencial la he podido comprobar en la práctica.

A mi modo de apreciar, si no son la misma entidad en distintos momentos y grados, la apendicitis folicular y la adenitis ileo-cecal están íntimamente relacionadas. En favor de que el apéndice constituye la puerta de entrada de estas adenitis, está el hecho corroborado por todos, de que el medio de curar esta adenitis es extirpando el apéndice, y de que cuando la adenitis se presenta en la forma recurrente, si se extirpa el apéndice no se repite el ataque.

Como ilustración de lo que antecede pueden citarse los dos casos siguientes:

Uno de la Dra. Gatell. Niña G., de cuatro años de edad, bien desarrollada. Mal desde las siete de la mañana. Dolor de vientre; elevación térmica; vómitos. Sensibilidad extendida desde el punto de McBurney hasta el promontorio del sacro. El conteo diferencial tomado temprano en la tarde del mismo día era el siguiente: Totales, 11,000; polis, 91%, linf., 9. (+15). Al día siguiente, a las veinte y cinco horas de haberse iniciado la enfermedad, la enfermita había mejorado clínicamente, y el conteo era: Totales, 7,000; polis, 72% linfocitos, 26%. En el primer conteo resalta la reacción de infección con 91% de polis, lo cual es suficiente para indicar un estado hasta de supuración. La reacción linfocítica era pobre. El segundo conteo marca la evolución clara de defensa y una movilización linfocítica.

Otro caso ilustrativo fué del Dr. Be-laval. Niña M. D., de diez años de edad, blanca, algo delgada. Varias veces había sufrido de dolores abdominales con localización en la región del apéndice con alguna elevación térmica y náuseas. Estos ataques pasaban en poco tiempo. Este último ataque le sorprendió estando convaleciendo de un ataque gripal al cuarto o quinto día de haber desaparecido la fiebre. Despertó en la mañana quejándose de dolor generalizado en el vientre. La temperatura sube hasta 39° C. y vomita dos veces. La mamá le administra dos cucharadas de leche de magnesio que producen buen efecto, pero que no alivian el dolor del vientre. Por la tarde el dolor se localizaba en la región del apéndice.

El conteo leucocitario esa tarde dió el resultado siguiente: Total, 7,260; polis, 80%; (+8) linfocitos grandes 4%;

linfos peq. 16%. Un conteo con índice de infección proporcional bien marcado. Por la noche había alguna distensión abdominal, aunque sin resistencia muscular. Hay sensibilidad en el punto de McBurney, pero la sensibilidad es mayor al lado interno del ciego. Un segundo conteo a las 26 horas de iniciación de la enfermedad reveló, al mismo tiempo que se declaraba una mejoría clínica, la siguiente evolución: totales, 6,132; polis, 60%; (-10) linf. gds. 5%; linf. peq., 35%.

Estos dos casos pueden diagnosticarse propiamente de adenitis ileo-cecal. El curso clínico es típico y el examen leucocitario enseña el balanceo entre el índice de infección polinuclear y la estimulación saludable de los linfocitos pequeños.

Contaje Leucocitario

Salvo en muy raras excepciones, la apendicitis aguda viene acompañada de una reacción sanguínea en la que se elevan los corpúsculos blancos polinucleares. Tan constante es la reacción, que la leucocitosis se toma ya como un signo patognomónico de la apendicitis, y en ocasiones se pasan por alto las demás causas que producen la misma reacción y que pueden ser concomitantes en casos que presenten una sintomatología apendicular.

Tan divulgado está ya el examen de la sangre en la apendicitis, que cuando el médico no lo ordena, el mismo paciente o los familiares lo demandan, por considerar que el médico puede equivocarse si "no ve la sangre".

Si bien es cierto que hay casos en los cuales el conteo leucocitario se hace absolutamente necesario, y la determinación operatoria depende de la reacción

de la sangre más que de los signos clínicos cuando éstos son oscuros, hay también muchos casos en los cuales el diagnóstico puede hacerse con facilidad y sin temor a equivocarse, y la intervención puede decidirse sin necesidad del examen de la sangre.

El considerar indispensable el conteo leucocitario en el diagnóstico de la apendicitis, atrasa, en muchos casos, el acto operatorio en un cuarto de día. La apendectomía que pudiera haberse practicado en las horas de la mañana, se hace por la tarde; la que debió haberse hecho por la tarde, se hace por la noche, y la que pudo hacerse antes de la hora del retiro viene a efectuarse en las horas de la madrugada. Esto sucede del siguiente modo: el médico hace la primer visita, y encuentra un caso de posible apendicitis, pero desea esperar algunas horas hasta que los signos se aclaren y ver cómo evoluciona el caso. Si el enfermo no mejora, hace el médico una segunda visita, en la que encuentra un caso clínico de apendicitis aguda. Se resuelve entonces llamar a un cirujano en consulta, mas antes de hacerlo, hay que tener listo el conteo leucocitario. He aquí la maquinaria que atrasa la hora de la operación.

Los que nos dedicamos a la parte operatoria estimaríamos que se nos diése la preferencia, y se nos llamase a consulta aunque no se haya practicado el examen hematológico. Haciéndolo así, es indudable que en un gran número de casos se ganarían horas de inestimable valor. El examen leucocitario de rigor puede llevarse a cabo como uno de los pasos preparatorios de la operación.

En la apreciación del conteo diferencial leucocitario, además de la elevación numérica, es de mucho interés la

proporción de los elementos celulares. El número total de leucocitos (Sonder 3) puede ser considerado como la reacción de defensa y el por ciento de polinucleares como el índice de infección. El límite normal del total puede calcularse en siete mil, y el límite de polinucleares en setenta y dos por ciento. Para mantener un ascenso balanceado entre la reacción y la infección, se calcula que por cada mil que se eleve el total, corresponde un uno por ciento de elevación de los polinucleares.

Al romperse esta nivelación o balance, si la desproporción es causada por la elevación del total, la resistencia se considera favorable, y tanto más favorable cuanto mayor sea la diferencia. Por el contrario, si la desproporción se debe a la elevación del por ciento de polinucleares, el índice de infección aumenta, y se agrava en razón directa a la desproporción del nivel; ejem., una diferencia de 15 puntos es más grave que una diferencia de cinco puntos.

Un método de mayor precisión y detalle en la apreciación de la reacción leucocitaria es el de Schilling. En este método se separan los corpúsculos blancos nucleados en cuatro grupos, y se aprecia la reacción a la infección con relación a la proporción de estos grupos. El método es más bien adaptable para el trabajo sistematizado de hospital. El método más sencillo de Sonder es más adaptable para la práctica general, y en mi experiencia, su interpretación ha estado siempre de acuerdo con la clínica, pudiendo dependerse de él como medio para indicarnos el grado de resistencia o de infección. Además del balance entre el total y los polinucleares, si el examen informa la presencia de algunos mielocitos, o un por ciento mayor de lo común de transicionales, ello es indicación de

que la infección se encuentra en una etapa grave.

Además del estudio proporcional de los elementos celulares, la repetición del examen ofrece la mejor información para juzgar la evolución del caso, permitiéndonos apreciar si la condición del paciente mejora o empeora.

Apendicitis Crónica

Apesar de lo bien conocida que está la apendicitis, su forma crónica se encuentra aun muy discutida, existiendo una amplia disparidad de opiniones en cuanto a su patología. Indudablemente que ésto tiene su origen en la reacción producida en contra del abuso que se pueda haber hecho del diagnóstico de la apendicitis crónica, como también a la dificultad de poner de acuerdo a la clínica y al laboratorio patológico. Parece que el estado de infección crónica del apéndice, o es excesivamente raro para ser demostrado en el laboratorio, o los patólogos no han encontrado los signos indicativos del proceso. Comoquiera que el patólogo es considerado como la autoridad inapelable en el fallo de los pleitos de diagnóstico y acatamos su fallo, el resultado ha sido la casi no admisión del estado crónico.

No deja de ser cierto que se ha abusado de la intervención quirúrgica en casos en que la patología no estaba en el apéndice, pero ésto no debería ser motivo para negar la existencia de la forma crónica, a menos que no se demostrara que el apéndice sea la única porción del cuerpo humano inmune a otra clase de infección que no sea la forma aguda.

Patológicamente se admite la forma de apendicitis obliterante. Esta forma es representada por un estado progresi-

vo de fibrosis que va obliterando al apéndice hasta que parcial o totalmente se pierde su lumen. Esta fibrosidad se atribuye a una infección lenta y continuada. Es curioso que se tropiece siempre con el efecto y no encontrarse algunas veces con la infección que lo causa.

La discrepancia entre la clínica y la patología suele a veces ser en sentido diferente a lo que estamos discutiendo, o sea, que en vez de encontrarse normal un apéndice diagnosticado clínicamente como crónico, el hallazgo del laboratorio es un apéndice agudo. Un paciente, (en este caso una niña adolescente), que por algún tiempo estuvo sufriendo de un estado mórbido del apéndice, que en el tiempo en que es operada no tiene elevación térmica, ni vómitos, ni dolor espontáneo de inflamación aguda ni reacción leucocitaria, clínicamente tenía que ser clasificado el caso como crónico. Al examinar el patólogo el apéndice extirpado, encontró un absceso en el lumen, y patológicamente tuvo que clasificarlo como agudo. Lo más lógico es suponer que el absceso fuera una colección remanente que no encontró drenaje después de un ataque agudo, pero el caso no deja de ser crónico por su larga duración y la falta de síntomas y signos que caracterizan a las enfermedades agudas.

La realidad de la situación es, que la mayoría de los casos que requieren la extirpación del apéndice como tratamiento no son casos de infección crónica, sino casos en los cuales la sintomatología es debida a causas mecánicas de posición, acodaduras, bandas, estrangulaciones y adherencias congénitas o de neo-formación.

Estos casos sería más apropiado clasificarlos de apéndices anormales que de apendicitis crónica. En estos

apéndices anormales, al separarlos del cuerpo y convertirlos en cadáveres, desaparece su tamaño, sus estrangulaciones, bandas y adherencias; ya no se puede comprobar si sufrían dilataciones por gases, espasmos y contracciones, y lo que es más importante en las sensaciones: no hay medio de comprobar si en vida sus nervios trasmitían dolor o no.

Mi objeto al hacer estas consideraciones es salvar el buen crédito del cirujano, cuando en el record clínico de un caso al que ha extirpado el apéndice, aparece un informe patológico declarando que el apéndice examinado es "esencialmente" normal. Bien observado y diagnosticado un caso de apéndice anormal, su extirpación está perfectamente indicada. Los casos de curaciones radicales, con retorno al estado normal y la desaparición de todos los síntomas después de extirpado el apéndice, son una prueba irrefutable de que el apéndice tiene su estado de patología crónica aunque ésta no sea comprobable en el examen histológico.

Mortalidad

Un punto que será siempre de interés en la apendicitis es su mortalidad.

Un nuevo análisis de la mortalidad en esta serie de casos personales da por resultado lo siguiente: En los 485 casos

ocurrieron 12 defunciones, o sea una mortalidad de 2.47 del total. Como no ocurrieron defunciones en los casos crónicos, tenemos que la mortalidad, entre los 318 casos agudos ha sido de 3.67%.

La mortalidad con respecto a la edad fué como sigue:

<hr/>					
1 a 10 años;	0	defunciones	en	41 casos	
11 a 20 "	7	"	"	151	"
21 a 30 "	0	"	"	134	"
31 a 40 "	1	"	"	70	"
41 a 50 "	2	"	"	31	"
51 a 60 "	0	"	"	14	"
61 o más "	2	"	"	7	"
<hr/>					

Para este estudio, siendo la causa primaria de la muerte conocida, lo que nos interesa es saber las causas predisponentes e inmediatas.

El resumen del historial clínico de estos doce casos es el siguiente:

1. Caso 14: Hembra, 14 años. Estado de salud lamentable. Operación practicada después de generalizada la peritonitis. Muere a los tres días de la operación. Causa: operación tardía.

2. Caso 33: H, 18 años. Constitución muy débil. Apendicitis aguda en pleno desarrollo, con absceso en formación. Muerte a los 21 días de operada, de pulmonía y endocarditis. Causa: falta de resistencia a la infección.

3. Caso 80: Varón 43 años. Constitución robustísima. Respiración superficial, debida probablemente a insuficiencia miocárdica. Apendicitis aguda

*NOTA:—Me permito hacer uso de esta oportunidad para una corrección: En el "Puerto Rico Journal of Public Health and Tropical Medicine", Vol. X, No. 3, del mes de marzo de 1935, apareció publicado un trabajo de una clínica del Dr. Jorge del Toro, sobre apendicitis, dada en la Escuela de Medicina Tropical. Inexplicablemente contiene la publicación unos errores mayores de cálculo aritmético. En los datos de la mortalidad aparece ésta en el total de casos, como de 2.83%, cuando debe ser 2.89%. La diferencia no es grande; pero donde el error es de importancia es en el cálculo de la mortalidad en los casos agudos; donde se da como de 7.782% debiendo ser solamente 4.782%.

localizada. Muerte a los 10 días de operado, de neumonía y colapso cardíaco. Causa: predisposición a las afecciones cardiopulmonares.

4. Caso 167: H. 70 años. Padece de nefritis crónica. Apendicitis aguda en pleno desarrollo y peritonitis localizada. Muere de uremia al quinto día de haber sido operada. Causa: agravación de la enfermedad crónica y operación tardía.

5. Caso 198: H. 12 años. Peritonitis supurada, generalizada ya en el momento de la operación. Muere a las pocas horas de operada. Causa: intervención tardía.

6. Caso 209: V, 50 años. Está sufriendo de bronquitis aguda (¿postinfluenza?) en el momento del ataque. Apendicitis gangrenosa perforada. Operado con anestesia local. Muere al quinto día, de bronconeumonía. Causa: enfermedad pulmonar preexistente.

7. Caso 210: V, 54 años. Operado pocos días después del ataque. Peritonitis plástica generalizada al tiempo de operarle. Muere al cuarto día de resultados de la peritonitis. Causa: tratamiento mal instituido y operación tardía.

8. Caso 333: V, 11 años. Lleva unas dos semanas de enfermedad (supuesta neumonía). Perforación apendicular retrocólica aguda, con absceso en proceso de formación y localización. Absceso secundario extendiéndose entre el diafragma y el hígado, en la vecindad de la flexura hepática del colon y por encima y por debajo del mesocolon. Muere de la infección al cabo de 2 días de operado. Causa: operación tardía.

9. Caso 344: H, 17 años. Saludable antes del ataque. Apendicitis gangrenosa perforada con peritonitis generalizada. Lleva 6 días con el ataque; se le opera en estado preagónico y muere a las dos horas. Causa: operación tardía.

10. Caso 346: V, 11 años. Niño saludable antes del ataque en el cual se encuentra desde hace varios días. Sufre de apendicitis aguda, difusa, retrocólica, con peritonitis fibropurulenta generalizada. Muere de peritonitis a las 48 horas de operado. Causa: operación tardía.

11. Caso 361: H, 61 años. Historia de cólicos de litiasis hepática. Ataque agudísimo de apendicitis gangrenosa perforada. Lleva 2 días y medio con el ataque y con peritonitis purulenta generalizada. Muere a los 2 días de operada. Causa: operación tardía.

12. Caso 397: H, 12 años, blanca. Excesivamente desarrollada para la edad. Operada a las setenta y dos horas del momento en que se dice empezó la enfermedad. Estuvo sin asistencia médica hasta el último momento. Ataque super-agudo de forma gangrenosa. Apéndice perforado. Peritonitis purulenta generalizada. Predominaba un streptococo. Falleció a los tres días y medio después de la operación.

Causa: Falta de tratamiento y operación tardía.

Entre los doce casos fatales que anteceden hay ocho, o sea, un 66.60%, en los que la muerte puede atribuirse a la tardanza de la intervención. Un caso puede atribuirse a la falta de resis-

cia orgánica, y los tres casos restantes, al momento de contraer la apendicitis se encontraban sufriendo de otras enfermedades que agravaban la situación.

La conclusión a que nos lleva el estudio de esta mortalidad es a la ya conocida de todos, o sea; la de que la única garantía en casos de apendicitis aguda es la de intervenir sin pérdida de tiempo.

Técnica Operatoria

Aunque la técnica operatoria de la apendicectomía es bien conocida de todos, deseo exponer ante ustedes el método que he seguido durante varios años. La técnica que doy a continuación tiene que ser algunas veces modificada en casos especiales, aunque en todos puede usarse el mismo principio.

1º. Incisión pararectal por el borde externo de la funda del recto abdominal, desplazando el músculo hacia adentro, de suerte que al cerrar la herida quede el músculo sano interviniendo entre las dos incisiones de la funda aponeurótica. Siempre que sea posible hacerlo, evitar el corte de los nervios intercostales que atraviesan la herida, ligando solamente los vasos sanguíneos que los acompañan.

2º. Se expone el ciego y el apéndice, libertándolos de adherencias cuando éstas existan. Protección del campo operatorio, etc.

3º. Habiendo aislado el apéndice y su mesoapéndice en la posición más favorable que se haga posible, se aplica por el lado del dorso a la base una pinza hemostática cuyas puntas no traspasen

más allá del cilindro del apéndice. Con un portaligaduras fino se pasa a través del mesoapéndice frente a las puntas de la pinza que prensan el apéndice en su base, un hilo de catgut simple número uno o dos según el grosor del mesoapéndice, o dos hilos cero o uno. Con este hilo se ata el mesoapéndice a una distancia conveniente de su inserción apendicular. Hecho lo anterior, se divide el mesoapéndice entre la ligadura y el apéndice. Se retira la pinza aplicada al apéndice, y con los cabos del mismo hilo con que se ató el meso, se ata también el apéndice por el sitio que deja aplastado la pinza. Se vuelve a aplicar la pinza sobre el apéndice a una distancia como de media pulgada distante de la ligadura. Ladeando esta pinza se expone la porción del apéndice entre ésta y la ligadura, y con la punta de forma de bisturí del cauterio eléctrico se abre esta parte hasta entrar en el lumen. Con el mismo cauterio se destruyen las capas interiores del pequeño muñón que queda, hecho lo cual se termina la división del apéndice. El muñón se cubre mediante puntos de catgut simple fino por el procedimiento que mejor convenga al caso; sutura circular o puntos entre el resto del meso-apéndice y el ciego. En casos en que la localización del apéndice sea muy profunda, es conveniente tomar los puntos que han de cubrir el muñón con anterioridad a la división.

A este procedimiento le hemos llamado de doble amarre con el mismo hilo. Sus puntos de ventaja son los siguientes: 1º no hay posibilidad de desgarrar entre el apéndice y meso, ni posibilidad de separación de las hojas peritoneales, con lo cual se evitan dos cosas; primero, la hemorragia secundaria

que pudiera ocurrir por falta de ligadura de algunos de los vasos sanguíneos del mesoapéndice, y segundo; el dejar el espacio sub-peritoneal abierto por el cual puede fácilmente extenderse la infección.

2º El corte con el cauterio y la destrucción de las capas interiores del muñón es la mejor garantía para la esterilización del muñón.

3º La cubierta total del muñón lo aísla ventajosamente para el proceso de absorción que ha de seguir.

Un punto de técnica operatoria que nos parece de interés es la extirpación de la porción infestada del epiplón. No se trata de un procedimiento a seguir en todos los casos. Por regla general, parte del epiplón, y especialmente su borde libre, se encuentra envuelto en el proceso flogístico. En casos especiales, el epiplón forma un verdadero saco dentro del cual guarda al apéndice infestado y algunas veces un absceso completo en casos de perforación. En algunos casos poco corrientes, este procedimiento de la naturaleza es tan definitivo, que el epiplón forma una verdadera envoltura alrededor de un absceso sin que existan adherencias exteriores ni señales de inflamación por la parte externa del lóo.

El epiplón está repleto de vasos sanguíneos y especialmente de numerosas venas muy sueltas, expuestas fácilmente a la trombo-flebitis. La trombo-flebitis aparece el peligro de una infección generalizada, además de la infección localizada de duración indefinida. En estos casos favorables, es nuestra costumbre empezar la operación, antes de separar ninguna adherencia, ligando to-

da la porción de epiplón que presente edema inflamatorio y venas negruzcas dilatadas. Extirpamos esta porción de epiplón, y la dejamos adherida al apéndice, removiéndola junta con éste sin haber separado más que las adherencias absolutamente necesarias para dar sitio a las ligaduras del mesoapéndice y apéndice. Con este procedimiento se evita la contaminación local, y no se deja el omento infestado dentro del abdomen.

Repetidas veces hemos podido observar lo ventajoso de este procedimiento en casos de extrema infección. Aún en casos propagantes, donde la infección sobrepasa los límites del apéndice, con edema del ciego, del mesenterio y del tejido sub-peritoneal parietal, la convalecencia ha sido en extremo rápida, desapareciendo los síntomas y signos de sepsis de la manera más satisfactoria.

Apendicectomía Preventiva

Un punto de interés dentro del asunto que tratamos, es lo que podríamos llamar la — “apendicectomía preventiva”.

Siendo tan frecuentes y peligrosas las infecciones apendiculares, se nos ocurre preguntarnos si debemos o no extirpar el apéndice cuando se nos presente la oportunidad en el curso de una laparotomía.

Hay casos en los cuales se tiene el propósito, ya de antemano, de hacer la extirpación, dado que la patología esté en relación, o cuando un estado de apendicopatía haya sido diagnosticado también. No me refiero a estos casos, Me refiero a aquellos casos en los cuales

la apendicectomía se hace opcionalmente en apéndices que no tienen relación patológica con la enfermedad que determina la operación, y que hasta el momento no hayan dado lugar a molestias.

Las oportunidades para la apendicectomía preventiva son mucho más frecuentes en el sexo femenino que en el masculino, dada la mayor frecuencia de la celiotomía baja en la mujer.

La posición de casi todos los cirujanos en este asunto es la siguiente: extirpar el apéndice en todos aquellos casos en que se puede hacer con relativa facilidad, cuando la condición es buena y la operación no ha sido larga o arriesgada. Si por el contrario, la posición anatómica del apéndice es tal que para extirparlo se necesita agrandar la incisión o hacer una incisión adicional, la extirpación no se practica, cuando lo más seguro es que en estos casos en los que se hace difícil exponer el apéndice, son en los que más justificada está la extirpación.

No es del todo rara la ocurrencia de casos de apendicitis aguda en pacientes que con anterioridad han sufrido una laparotomía en la cual pudo haberse hecho la apendicectomía. Tres casos, encontrados en esta serie fueron de apendicitis suficientemente severas pa-

ra arriesgar seriamente la vida de los pacientes.

Si bien es verdad que toda persona que tenga su apéndice vermiforme amputado tiene una póliza de seguro contra la apendicitis, tenemos que admitir también que la apendicectomía preventiva no es siempre inocua. Por muy buena técnica que se emplee, la operación es siempre una operación contaminada, dado que el lumen apendicular ha de ser expuesto. También, en casos de operaciones de larga duración es arriesgado alargarla por llevar a cabo una medida preventiva. De otra parte tenemos, que la apendicectomía hace más incómodo el período post-operatorio inmediato, produciéndose cólicos y distensiones intestinales con más frecuencia que en los casos en los que no se hace la extirpación.

Este asunto de la apendicectomía preventiva merece ser estudiado para decidir si los apéndices sanos deben ser extirpados siempre que haya una oportunidad. Sería interesante oír la opinión de los cirujanos de experiencia y ver que se publicaran algunas estadísticas de el número de casos operados por apendicitis, sea aguda o crónica, en los cuales hubo la oportunidad de haberles extirpado el apéndice en el curso de alguna laparotomía practicada anteriormente.

BIBLIOGRAFIA

- 1.—William Boyd, *Surgical Pathology*, 1925.
- 2.—Arthur E. Brown, *Iliocecal Lymphadenitis in Children*, *Surg. Gyn. and Obst.*, Vol.

- 65, No. 6, Dic. 1937.
- 3.—Sonder, *Collected papers of the Mayo Clinic*, 1905, 9.

DIGITAL

EXPERIENCIAS CON LA DIGILANIDA SANDOZ *

RAMON M. SUAREZ, M. D.

Santurce, P. R.

Entre los medicamentos que pueden llamarse cardíacos por acción primaria, sobresale de un modo indiscutible la digital. Es el más antiguo y el más fiel de todos los tónicos cardíacos. La descripción clínica dada por Withering en la farmacopea inglesa en el año 1775 y en su monografía "An Account of the Foxglove and some of its Medical Uses: with practical remarks on dropsy, and other diseases" publicado en el 1785, muy poco difiere de los conocimientos que hoy día tenemos de la droga.

La droga original fué la planta, "digitalis purpurea". Investigaciones farmacéuticas y químicas demostraron en ella la presencia de tres glucósidos, digitoxina, gitoxina y gitalina. La digitoxina fué descrita por primera vez por Nativelle en el 1869 como la "digitalina Cristalizada". Este glucósido "Digitalina Nativelle", bien conocido por los médicos de la escuela francesa y también por algunos de nosotros ha estado en el mercado por muchos años. La digitalina Nativelle está aceptada universalmente como una de las formas más fáciles, potentes y estables de administrar la digital. De la solución al milésimo 50 gotas contienen un milígramo de digitoxina, dosis de digitalización completa y 1/600

grano equivale a la "unidad gato" popularizada recientemente, por la escuela americana con el uso del polvo de hojas de digital en forma de tabletas.

Tabletas o píldoras del polvo de hojas de digital fresco y perfectamente estabilizado de manera que 1½ grano equivale a una "unidad gato" es probablemente la preparación que más se ha popularizado en los Estados Unidos durante los últimos años y esto se debe indiscutiblemente a los excelentes resultados clínicos obtenidos.

El polvo de hojas de digital para rendir el efecto terapéutico necesario debe ser fresco. Casi todas las casas manufactureras estipulan por consiguiente una fecha de expiración en la etiqueta de sus productos.

Existe otra variedad de la digital, conocida por el nombre de "Digitalis Lanata" que crece indígena en los Balkanes y que posee de acuerdo con numerosos investigadores, mayor actividad que la "Digitalis Purpurea", rindiendo al análisis una mayor cantidad de los glucósidos cardio-activos.

Son tantas las formas en que se nos presenta la digital en el mercado, tan contradictorias las opiniones de distintos investigadores usando distintas preparaciones y aún en nuestras propias

* Parte de una clínica cardiológica dada en el Hospital Mimiya durante la Asamblea Anual de la Asociación Médica de P. R. en Dbre., 1937.

manos - y usando las mismas preparaciones varían tanto los efectos, en distintos pacientes y en distintas ocasiones que consideramos muy de actualidad el reciente trabajo, del Dr. Stroud (1), famoso cardiólogo de Filadelfia, analizando, después de investigaciones de clínicas que duraron seis años, el efecto de varias preparaciones farmacéuticas de la digital.

La siguiente tabla representa una lista de las preparaciones estudiadas por el Dr. Stroud, el equivalente de una "unidad gato" o dosis de sostenimiento en cada una de ellas y la segunda columna contiene la dosis de digitalización completa administrada durante un período de tres a seis días.

	Unidad gato (granos)	Digitalización completa (granos)
American Heart Association (polvo hojas)	1½	18 - 30
Burroughs, Wellcome & Co. (tablete)	1½	18 - 30
Digalen	1½	18 - 30
Verodigen	1/240	1/20-1/12
Digitalin (Nativelle)	1/600	1/50-1/30
Digoxin	1/160	1/13-1/8

Nosotros hemos estado usando desde hace más de un año la digilanida Sandoz casi exclusivamente y con una experiencia de más de 30 casos, podemos asegurar que su dosis efectiva es igual a la informada por Stroud para las tres primeras preparaciones que aparecen en la tabla.

Farmacológicamente, los efectos del digital resultan o se deben al "enrique-

cimiento" del músculo cardíaco con glucósidos, los cuales al ser administrados repetidas veces tienden a "acumular" en el corazón como consecuencia de su "poder de fijación".

Este "enriquecimiento" se lleva a efecto debido a la gran afinidad del músculo cardíaco por las sustancias glucósidas.

Esta afinidad del miocardio por los glucósidos es evidente al demostrarse como se ha hecho, que el músculo cardíaco absorbe o "fija" proporcionalmente 8.2 veces más glucósidos que las vísceras abdominales y 37 veces más, que los otros tejidos del cuerpo.

Concentraciones altas de los glucósidos indudablemente producen un "enriquecimiento" más rápido que cuando se administran en concentraciones más débiles.

La digilanida Sandoz se prepara de la "digitalis lanata" y contiene en forma cristalizada y en alta concentración las digilanidas isomorfas o glucósidos A, B y C - combinación ésta, que representa la mayor parte de la actividad total de la droga cruda.

Hemos preferido usarla en forma de tabletas por vía oral, pero cuando nos hemos visto obligados a usarla hipodérmicamente los resultados también han sido satisfactorios.

Tenemos en la digilanida Sandoz un producto químicamente puro, de acción digitalica constante y estable y para los que ejercemos en Puerto Rico, lejos de los grandes centros manufactureros de drogas, la ventaja de no tenernos que preocupar por la fecha de "expiración" puesto que la preparación conserva su fuerza o potencia si no indefinidamente por lo menos durante varios años.

LYMPHOGRANULOMA INGUINALE

CASE REPORT

ROY J. STOKES, M. D. - ANDRES FRANCESCHI, M. D.

Aguirre, P. R.

We are trying in this communication to give only a resume of an unusual case of lymphogranuloma inguinale. There will be no attempt to summarize the literature on this disease which lately has been coming more and more to the attention of the medical man as a clearer and more distinct clinical entity.

We wish only to point out the desirability of ruling out lymphogranuloma inguinale in cases of inguinal adenopathy even tho the circumstances are unusual.

We feel that the use of the Frei Antigen is very definitely helpful in determining the presence or absence of this condition.

Patient R. M., white, sixty two years of age, female, widow. Admitted to the Hospital December 28, 1937, because of painful swellings in both inguinal regions. The history dates back six weeks with the onset of pain followed by a gradual enlargement of the inguinal glands. The patient had tried various remedies without relief. The swellings had been accompanied by some fever which had subsided with quinine therapy. Patient never had any difficulty of this nature previously. Past history was entirely negative except for a supravaginal hysterectomy and appendectomy twenty years ago. She was unable to explain why or where she had the operation. The systematic history was entirely ne-

gative. The family history was irrelevant. The patient had been a widow for many years, denied any sexual contact and did not give any history of anti-luetic therapy.

The physical examination was entirely negative. The pelvis which was investigated carefully for the possibility of carcinoma was entirely negative. Rectal examination showed no evidence of a mass or enlarged glands in the pelvic or peri-rectal structures. In both inguinal regions there were several masses a little larger than an acorn, distinct and separate from one another. These tumors were hard, extremely tender, apparently adherent to the skin and bound down to the underlying structures. There was no evidence of fluctuation.

The impression at the time of admission was inguinal lymphadenopathy of questionable origin. The possibility of lymphogranuloma was considered, but rejected because of the patient's age and the involved inguinal glands in a female, which is rather rare.

Although there was no evidence of pelvic malignancy, we felt justified in removing one of the inguinal glands for biopsy. This was done through a very small incision on the following day. The gland was ruptured in removing it and some necrotic material was found in the center. Post-operatively the lesion opened up and drained for considerable

time. Following this the other glands began to suppurate.

In the meantime, the patient's Wasserman was reported as Pos. xxxx, and she was started on treatment with bismuth and iodides.

The report from the School of Tropical Medicine came back, positive for lymphogranuloma inguinale. There was some question about the sections, as they were not altogether typical, but only suggestive.

The patient did not improve with anti-luetic therapy and the glands continued to drain slightly. She was discharged from the Hospital after 52 days, on February the 18th, 1938, and was followed in the Clinic.

Frei-antigen was ordered and the patient was given the routine test with 1/10 cc. She had a very typical positive reaction which almost resulted in a central sloughing. We felt that this just-

ified the diagnosis of lymphogranuloma inguinale.

Before treatment could be instituted with Fuadin, the patient went to another city and received no medication, for about one month. She finally reported at our request and the sinuses were found to be completely healed.

Undoubtedly this represents an unusual case of lymphogranuloma in an elderly female with involvement of the superficial inguinal glands.

RESUME

- 1— Lymphogranuloma inguinale in 70 years old widowed female with no history of sexual contact.
 - 2— Inguinal glands involved; an unusual situation in the female in whom the iliac and hypogastric glands are the site of predilection.
 - 3— Use of Frei-antigen to establish the diagnosis already suggested by report of biopsy.
-

Boletín de la Asociación Médica de Puerto Rico

Avenida Manuel Fernández Juncos, Parada 19
Santurce, P. R.

Año XXX	JUNIO, 1938.	No. 6
---------	--------------	-------

Editor y Administrador:

Dr. E. Martínez Rivera

Editores Asociados:

Dr. Leopoldo Figueroa

Dr. Pedro S. Malaret

Dr. David E. García

Dr. J. Noya Benítez

Dr. L. Gaetán Roberts

NOTICIAS MEDICO-SOCIALES

Dr. E. Martínez Rivera:

El día 9 del cursante mes embarcó hacia el Norte, con el propósito de asistir al Congreso de la Asociación Nacional Antituberculosa, nuestro querido amigo y compañero, y editor-en-jefe de nuestro Boletín, el Dr. E. Martínez Rivera.

El Dr. Martínez Rivera asistirá a dicho congreso en calidad de delegado del Capítulo de Puerto Rico de dicha Asociación, y se propone realizar varias gestiones, que de conseguirlas, redundarán en gran beneficio para nuestra Isla.

Deseamos al querido amigo el mayor éxito en sus gestiones.

Dr. Manuel Pavía Fernández:

El día 24 del presente mes de junio embarcó hacia los Estados Unidos en unión a su distinguida esposa, el querido amigo cuyo nombre encabeza estas líneas.

Lleva el Dr. Pavía el propósito de tomarse unas vacaciones, las cuales habrá de aprovechar tomando un curso avanzado en medicina interna en la Universidad de Harvard.

Una muy grata permanencia en el Norte le deseamos al amigo Pavía y a su distinguida compañera, a la vez que toda clase de éxitos en los estudios que se propone emprender.

Conferencia del Dr. del Toro:

En la noche del 31 de mayo próximo pasado, el Dr. Jorge del Toro dictó en los salones de nuestra Asociación, bajo los auspicios de la Asociación Médica del Distrito de San Juan, que preside el Dr. Martínez Rivera, una muy interesante conferencia sobre el debatido tema de "*Consideraciones acerca de la Apendicitis*".

A esta interesante conferencia asistió un gran número de compañeros del distrito, y la misma dió motivo a una extensa discusión, en la que tomaron parte varios distinguidos colegas.

Aprovechamos esta oportunidad para extender al Dr. Jorge del Toro nuestra más cálida felicitación por su brillante disertación, a la par que exhortar a los directores del Distrito Norte a que continúen organizando estas reuniones mensuales para mantener activo el entusiasmo reinante entre nuestros compañeros.

Conferencia del Dr. Martínez

Alvarez:

El martes 7 del mes en curso, el *Círculo de Anatomía y Fisiología de los Hospitales de la Capital*, celebró su reunión mensual en el edificio de nuestra Asociación, siendo el encargado del pro-

grama nuestro amigo y colega distinguido, Dr. A. Martínez Alvarez.

Presentó el Dr. Martínez Alvarez en esta ocasión, un caso muy interesante de investigación médico-legal, el cual le ganó el general aplauso del numeroso público que en esta ocasión llenó el salón de actos de nuestro edificio.

Reciba el distinguido conferenciante nuestra más efusiva felicitación, y aprovechamos esta ocasión para reiterar nuestra invitación a los directores del "Círculo" para que continúen celebrando sus reuniones en nuestro edificio.

Posposición de Asamblea:

La reunión anual del distrito de Guayama, que estaba señalada para tener efecto el domingo 12 del cursante mes, fué pospuesta hasta nuevo aviso, por razones involuntarias y contrarias al mejor deseo de sus organizadores.

Oportunamente daremos a conocer a nuestros compañeros la fecha en que habrá de celebrarse esta reunión de distrito.

Asociación Médica del Distrito de Ponce:

El día 16 del mes en curso la Asociación Médica del Distrito de Ponce se reunió con el objeto de elegir los nuevos funcionarios de la Asociación, ha-

biendo salido triunfantes los siguientes compañeros:

Presidente: Dr. José N. Gándara

Vice-Pres.: Dr. Luis Bartolomei

Secretario: Dr. William R. Gelpí

Tesorero: Dr. Pedro A. Castaing

Delegados: Dr. Lorenzo Balasquide

Dr. Luis A. Passalacqua.

Suplente: Dr. Jaime Costas Díaz

Presidente Honorario y Consejero:

Dr. Guillermo Salazar.

Nota Necrológica:

En la mañana del día 20 del cursante mes falleció en la ciudad de Ponce, de manera trágica, nuestro querido compañero Dr. Gaspar Pons Moler.

El Dr. Pons nació en el año 1906 y se graduó de Doctor en Medicina en la Universidad de Barcelona el día 27 de agosto del 1930, habiéndose especializado en radiología. Hasta la fecha de su muerte fué médico-radiólogo de la Clínica del Dr. Pila, en Ponce.

En el año 1931 ingresó a nuestra Asociación, y siempre demostró un gran interés por ésta, siendo uno de sus más asiduos colaboradores.

Al consignar en esta nota tan sensible acontecimiento, deseamos hacer llegar hasta sus familiares nuestra más sentida condolencia.

HIERRO



PLASTULES HEMATOGENAS CONTRA LA ANEMIA

Una dosificación pequeña, la fácil asimilación y resultados excelentes, todo esto constituye peculiaridades de las Plástules Hematógenas. La dosis diaria que se recomienda, de sólo tres Plástules Hematógenas Simples, es por lo general suficiente para inducir una reacción temprana en los casos de anemia secundaria. Las Plástules Hematógenas evitan la necesidad de administrar oralmente grandes cantidades de hierro, estimulan al paciente a que coopere con el médico y provee una forma económica de medicación ferrosa . . . Se invita a los médicos a que pidan muestras e impresos sobre las Plástules Hematógenas Simples y las Plástules Hematógenas con Extracto de Hígado.



THE BOVININE COMPANY • CHICAGO, ILLINOIS, E. U. A.

MUESTRAS Y MATERIAL DESCRIPTIVO A SOLICITUD.
Distribuidores: CASTAGNET & CASTILLO CO., Box 618 (1 Tanea St.) San Juan, P. R.



LA REGULACION

La regulación del programa diario, especialmente del régimen alimenticio y del ejercicio, es benéfica para la evacuación normal del intestino y en algunos casos de estreñimiento basta como tratamiento. Otros casos requieren una ayuda adicional para facilitar la evacuación regular . . . Cuando se necesite un coadyuvante del régimen alimenticio y de la dieta, como a veces se requiere, Petrolagar ofrece un tratamiento suave pero eficaz. Sus propiedades miscibles facilitan su uso más que el aceite mineral simple y lo hacen más efectivo. Además, al ablandar las heces, Petrolagar induce la formación de deposiciones grandes y bien formadas que salen con facilidad. Los cinco tipos de Petrolagar proporcionan una selección de medicación adaptable al paciente individual. Petrolagar Laboratories, Inc., 8134 McCormick Blvd., Chicago, Ill., E. U. A.

Petrolagar es una emulsión mecánica de petrolato líquido puro (65% por volumen) y de agar-agar. Aceptado por el Consejo de Farmacia y Química de la Asociación Médica Americana para el tratamiento del estreñimiento.

Petrolagar

MUESTRA Y MATERIAL DESCRIPTIVO A SOLICITUD.
Distribuidores: CASTAGNET & CASTILLO CO., Box 618 (1 Tanca St.) San Juan, P. R.

Testikinson [Cole]

EN EL TRATAMIENTO DE

Neurastenia Sexual

Testikinson (Cole), ha producido resultados satisfactorios, en manos de muchos médicos, en el manejo de neurastenia sexual, y otras condiciones asociadas con hipogonadismo en el varón. Su composición fisiológicamente controlada de la estimulante hormona gonad, combinado con los glandulares elementos esenciales, es intentado de reemplazar las hormonas deficientes, y estimular el tejido gonadal que queda indolente.

Testikinson (Cole), no obstante, siendo una combinación razonable y deseable de productos endocrinos potentes, debe ser empleado en conjunción con adyuvantes indicados. Influencia que perturba, debe ser averiguada y corregida, el uso excesivo de alcohol y tabaco se recomienda de eliminar, así, el estado del paciente se mejore en salud general.

Testikinson (Cole), es indicado en neurastenia sexual, impotencia, y la pérdida prematura de la función sexual.

Muestra para ensayo clínico y literatura detallada, enviada a los Sres. Médicos a solicitud.

• • •
COLE CHEMICAL CO. St. Louis Mo. EE. UU.

DISTRIBUIDOR:

ENRIQUE VELEZ POSADA

12 O'Donell St., Box 1018 - San Juan, Puerto Rico.

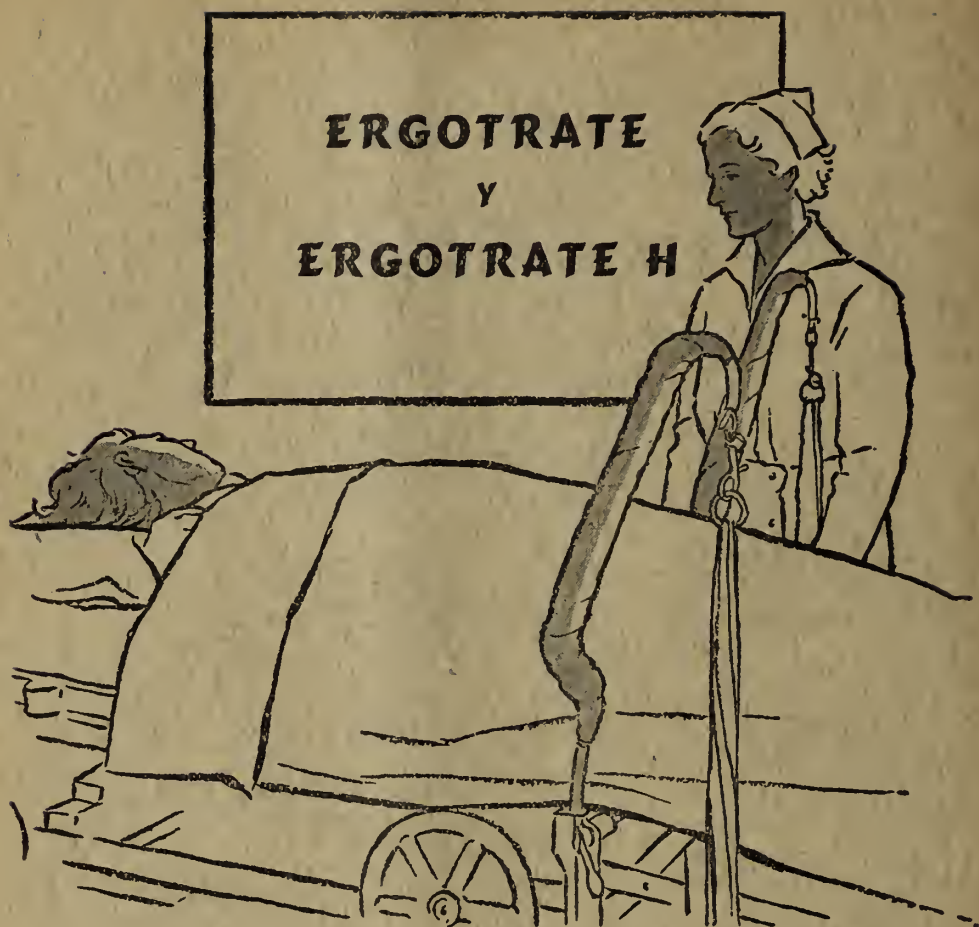
Insignias de Médico



Nos place informar a nuestros compañeros que ya tenemos nuevamente en existencia las insignias para automóviles con el nombre de nuestra asociación.

El precio de dichos emblemas es de \$2.50 cada uno, y los socios podrán adquirirlo dirigiéndose al suscribiente o en el edificio de la Asociación.

Dr. ANTONIO ORTIZ,
Tesorero.



LA BASE nueva del cornezuelo de centeno que se aisló recientemente en forma pura, proporciona toda la actividad terapéutica deseable del cornezuelo de centeno medicinal selecto.

Ámpulas 'Ergotrate H' (Hidrakilato de una Nueva Base del Cornezuelo de Centeno, Lilly), para uso parenteral. La solución es permanente y estable. La inyección intravenosa es seguida en el acto de contracciones uterinas.

Tabletas 'Ergotrate' (Maleato de una Nueva Base del Cornezuelo de Centeno, Lilly), para uso oral. La absorción por el estómago es rápida y el efecto ocitócico es bien sostenido.

Estos productos se indican para cohibir la hemorragia postpartum y promover la involución uterina. Las Ámpulas 'Ergotrate H' y las Tabletas 'Ergotrate' se venden por conducto de las farmacias y droguerías.

Lilly

ELI LILLY AND COMPANY
INDIANAPOLIS, INDIANA, E. U. A.

AÑO XXX

JULIO, 1938.

Núm. 7

BOLETIN

DE LA

ASOCIACION MEDICA DE PUERTO RICO

ORGANO OFICIAL

PUBLICACION MENSUAL

Ave. Fernández Juncos, Parada 19

Santurce, Puerto Rico

Entered as second class matter, January 21, 1931 at the Post Office at San Juan, Porto Rico, under the act of August 24, 1912.

INDICE



PAGINA

La Pena de Muerte (Informe de la Asociación-Médica de Puerto Rico - Etiología y Terapéutica del Delito - Causas predisponentes sociales y biológicas. Profilaxia y Terapéutica adecuadas) -----	241
Informes anuales del Hospital de Maternidad de San Juan - años 1931-38, Dr. Leopoldo Figueroa -----	255
Noticias Médico-Sociales -----	285

SUSCRIPCION ANUAL TRES DOLARES

Casa Baldrich, San Juan, P. R.

LASA

PARA LAS ENFERMEDADES DE LAS
VIAS RESPIRATORIAS
FORMULA

300 c. c. de LASA contienen:

Ortoguayacolsulfonato potásico	5 gramos
Jarabe de brea	40 c. c.
Jarabe savia de pino	50 "
Jarabe bálsamo tolú	60 "
Glefiná	150 "

ANDROMACHUS CORPORATION

LONG ISLAND CITY, NEW YORK

ENRIQUE VELEZ POSADA

Calle O'Donell Núm. 12, Box 1018, San Juan, P. R.

Myrtierine [Cole]

EN EL TRATAMIENTO DE

Diabetes Mellitus

Myrtierine (Cole), es un adyuvante de singular valor, en el tratamiento de diabetes. Por la influencia de sus componentes que contiene, (myrtillin, y extractos duodenal y pancreático) se ejerce una acción muy marcada como la insulina. Depende de la severidad del estado diabético, se puede eliminar el uso de la insulina enteramente, o por lo menos el número de inyecciones se puede reducir diariamente, sin causar un cambio en la entrada carbohidrato, u otras alteraciones dietéticas. En adición, Myrtierine (Cole) sirve para establecer la sangre sucrosa, para que las reacciones hipoglucémicas debido a una dosis excesiva dada por descuido de insulina, son grandemente mitigadas ó prevenidas enteramente.

Myrtierine (Cole), es preparada en forma de cápsulas, para la administración por vía oral. Literatura comprensiva para los Sres. Médicos, será enviada a solicitud.

• • •
COLE CHEMICAL CO. St. Louis Mo. EE. UU.

DISTRIBUIDOR:

ENRIQUE VELEZ POSADA

12 O'Donell St., Box 1018 - San Juan, Puerto Rico.

4 Empleos Importantes* del CASEC

CASEINATO DE CALCIO

★DIARREA

La rapidez con la que el Casec cohibe la diarrea constituye un factor importante en la yugulación de la deshidratación que convierte la diarrea infantil en un problema clínico de tanta gravedad. Al mismo tiempo, el Casec restituye el calcio perdido en las deposiciones. Además, su riqueza en proteína sirve para fomentar la histogenia en los lactantes que las constantes cámaras han extenuado.

El Casec está especialmente indicado en el tratamiento de la flojedad de vientre en los niños criados al pecho, la diarrea fermentante (cólera nostras) en los niños criados al biberón, y la diarrea en los niños mayorcitos.

★DESNUTRICION Y BAJO PESO

Los lactantes que no revelan aumento satisfactorio de peso y manifiestan defectuosa turgidez cutánea reaccionan frecuentemente a la proteína y calcio (reconocidos como importantes factores auctógenos) agregados al régimen habitual en forma de Casec.

Administrado en esta forma, el Casec da excelentes resultados en los niños prematuros y los que sufren de marasmo debido a la alimentación impropia.

★ENFERMEDAD CELIACA

La reacción a los tratamientos de cualquier género en la enfermedad celiaca es lenta, pero es indispensable suministrar una alimentación pobre en grasa, y rica en proteína y calcio. Como el Casec llena ese cometido, resulta el alimento de elección para la primera parte del régimen trifásico recomendado por muchos autores, y acostúmbrase a emplearlo durante todo el período, junto con otros alimentos proteicos en la segunda parte del tratamiento y combinado con cereales después.

★COLICO

Con el Casec se obtiene mejoría casi inmediata en el cólico debido a incapacidad para digerir la grasa. Suministrando una mezcla de Casec y agua antes de la mamada y acortando ésta algo, es posible realzar las proteínas contenidas en el alimento, mermando simultáneamente la ingestión de grasa e hidrocarbonados.

El Casec resulta particularmente útil en el tratamiento de los trastornos nutritivos del verano. Hállase de venta en todas las boticas y consérvese indefinidamente.

Muestras y un nuevo folleto sobre el Casec a la disposición de los Sres. Médicos.

Mead Johnson & Co., Evansville, Ind., E.U.A.

• Enrique Velez Posada, P. O. Box 1018, San Juan





LAS ANEMIAS SECUNDARIAS

*De los Infantes
y Niños*

Neobovinine 20 es un compuesto original de extracto de hígado, hierro soluble y hemoglobina extraída de carne fresca de vaca, preparado para el tratamiento de las anemias secundarias y los estados de debilitación. Por ser de gusto agradable y fácil de tomar, se adapta especialmente para los niños.

Neobovinine 20 ofrece las ventajas de la terapia del hígado más el efecto benéfico de una forma de hierro que se asimila fácilmente así como de otros elementos orgánicos (nutritivos). Aun cuando muchas legumbres contienen una proporción favorable de fósforo, hierro y otros minerales, al cocinarlas, su valor (81 por ciento según el procedimiento empleado¹) es depreciado o totalmente perdido. En Neobovinine 20, la hemoglobina de carne fresca se extrae al frío para que pueda retener las propiedades activas de las sales animales y minerales.

Fuller² describe el tratamiento satisfactorio de las anemias en los niños con el uso de hemoglobina, según la experiencia de su práctica. Los pacientes jóvenes requieren a veces la ayuda de un agente reconstituyente después de enfermedades contagiosas o infecciosas. El médico y el paciente verán, con entera satisfacción, que el hígado, el hierro y la hemoglobina de carne contenidos en Neobovinine 20, poseen la suficiente acción vigorizante para que esté bien indicada en estos casos.

Neobovinine 20 puede tomarse con leche, jugos de fruta o directamente con cuchara, según se desee. De venta en todas las farmacias en frascos de 170 gramos.

PROMEDIO DE MINERALES CONTENIDOS Miligramos por 100 cc.

Hierro (Fe)	148.0
Fósforo (P)	121.0
Calcio (Ca)	8.8

1. Peterson and Hoppert—Jr. *Home Economics* Vol. 17, No. 265, 1925.
2. Fuller, A. W., M. D.—"Anemia, Its Causes and Treatment."

THE BOVININE COMPANY • CHICAGO, ILLINOIS, U. S. A.

MUESTRAS Y MATERIAL DESCRIPTIVO A SOLICITUD.
Distribuidores: CASTAGNET & CASTILLO CO., Box 618 (1 Tanca St.) San Juan, P. R.



EL EJERCICIO

El ejercicio es uno de los importantes factores en el tratamiento del estreñimiento. Son igualmente importantes el régimen alimenticio y el hábito regular de la hora de evacuación intestinal. Desgraciadamente, en las condiciones modernas de vida, es difícil someterse a un régimen tan estricto. Aun cuando su paciente tienda a abandonar el régimen alimenticio adecuado y el ejercicio, es preciso que se mantenga una evacuación intestinal diaria. El Petrolagar ayuda a establecer una evacuación intestinal normal ya que se mezcla íntimamente con las heces para formar una deposición blanda que sale fácilmente. Con el uso de Petrolagar se puede establecer y mantener la hora del hábito. Petrolagar Laboratories, Inc., 8134 McCormick Blvd., Chicago, Ill., E. U. A.

Petrolagar es una emulsión mecánica de petrolato líquido puro (65% por volumen) y de agar-agar. Aceptado por el Consejo de Farmacia y Química de la Asociación Médica Americana para el tratamiento del estreñimiento.

Petrolagar

MUESTRAS Y LITERATURA A SOLICITUD

Distribuidores: CASTAGNET & CASTILLO CO., Box 618 (1 Tanca St.) San Juan, P. R.

ARGYROL

sigue siendo un compuesto único en su género



Tanto física como químicamente, Argyrol es distinto de todos los demás derivados de la plata. La finura en uniformidad de la dispersión coloidal de la plata es incomparable. La proteína especial es única. Sus grados de pH y pAg son característicos, y las propiedades bactericidas y la experiencia clínica son materialmente diferentes.

POR LO TANTO ES INDUDABLE QUE ARGYROL ES UN COMPUESTO UNICO!

Una de las propiedades sobresalientes

y reconocidas del Argyrol es su acción peculiar, sedativa y calmante del dolor y la inflamación. Además supera en su efecto detergente y en nuestra opinión es la más estable de todas las soluciones salinas de plata.

Las pruebas hechas repetidamente en la práctica de su profesión por millares de médicos en todo el mundo y durante largos periodos de tiempo, demuestran que estas cualidades son características sólo de Argyrol. Asegure sus resultados especificando Barnes, invariablemente.

S38A1

Argyrol es fabricado solamente por A. C. BARNES



A. C. BARNES COMPANY, INC., NEW BRUNSWICK, N. J.

DESDE HACE 35 AÑOS, FABRICANTES EXCLUSIVOS DEL ARGYROL Y EL OVOFERRIN

"Argyrol" es un producto de marca registrada, propiedad de A. C. Barnes Co., Inc.



UN MÉTODO ENDÉRMICO PARA OBTENER ALIVIO

En condiciones congestivas e inflamatorias—forunculosis, inflamación glandular, contusiones y torceduras, como también en afecciones respiratorias y del pecho—el emplasto Numotizine ayuda a producir alivio de dos maneras: primera, por su acción local anodina-descongestiva. Segunda: por el efecto sistémico del guayacol y la creosota.

Su base de caolín permite la absorción lenta y uniforme de los agentes antifebriles que contiene. Por consiguiente no hay choque sino un efecto terapéutico gradual y constante.

NUMOTIZINE, INC.

900 N. Franklin Street

Chicago, Illinois, E. U. A.



KAOMAGMA

MAGMA ALUMINAE ET KAOLINI

- adsorbe las toxinas intestinales
- detiene la diarrea
- suspende la deshidratación
- suaviza la mucosa inflamada

KAOMAGMA es una preparación del caolin medicinal más fino cuya capacidad de adsorción se ha activado varias veces por medio de la dispersión flúida en gel de óxido de aluminio. Kaomagma da firmeza y solidez a las heces líquidas e impide la disminución de la cantidad de líquidos como ocurre en los estados diarreicos. Adsorbe gases, mucosidades y toxinas bacterianas, lo que evita toda nueva irritación de la mucosa intestinal. Al mismo tiempo, su acción suaviza y protege decisivamente la membrana que tapiza los intestinos, reduciendo el dolor y la incomodidad y acelerando el retorno de la función intestinal normal.

*Kaomagma Simple y Kaomagma con Aceite
Mineral se surte en frascos de 175 c. c.*

JOHN WYETH & BROTHER INCORPORATED
PHILADELPHIA, PA., E. U. A.

MUESTRAS Y MATERIAL DESCRIPTIVO A SOLICITUD.
Distribuidores: CASTAGNET & CASTILLO CO., Box 618 (1 Tanca St.) San Juan, P. R.

**Cuando la Naturaleza
no logra**

NEUTRALIZAR



Bajo condiciones normales, la Naturaleza mantiene en el estómago un grado de acidez adecuado, lo suficiente para la digestión gástrica. Pero los alimentos inapropiados, las irregularidades intestinales, los hábitos sedentarios, a menudo alteran el curso normal de la Naturaleza.

Cuando los factores naturales de neutralización—tales como alimentos, saliva, secreción del extremo pilórico del estómago, y la regurgitación del contenido duodenal por el píloro—causan una condición de hiperacidez, se hace necesaria entonces la Leche de Magnesia de Phillips, el antiácido "standard" desde hace más de medio siglo.

Los médicos recetan la Leche de Magnesia de Phillips porque combina varios puntos ventajosos como antiácido—es eficaz, fácil de tomar, y no produce dilatación por gas o irritación.

Una cantidad adecuada de Leche de Magnesia de Phillips neutralizará una cantidad de ácido tres veces mayor que una solución saturada de bicarbonato de soda y cincuenta veces mayor que el agua de cal.

Con mucho agrado pondremos a su disposición muestras gratis de este admirable remedio para niños y adultos, si Ud. tiene a bien solicitarlas a: Sterling Products Export, Inc., 170 Varick Street, New York City, U. S. A.

Leche de Magnesia de PHILLIPS

EL ANTIACIDO-LAXANTE IDEAL

Specify
NEOSALVARSAN

... not just
"NEO"



AFTER the introduction of Salvarsan, its originator—Ehrlich—turned his attention to the production of an arsenical anti-syphilitic in a form more suitable for general use. The product resulting from his investigations was named Neosalvarsan.

The experience and skill gained during many years in the manufacture of Neosalvarsan have resulted in a product of high therapeutic potency.

Before it leaves the laboratories every lot of Neosalvarsan is subjected to the trypanosome test to assure its spirocheticidal activity.

Scrupulous care is exercised to produce an arsenical that is safe as well as effective. The safety margin of Neosalvarsan is at least 50% greater than that demanded by the U. S. Public Health Service.

Hence, "Neosalvarsan" is a distinctive product — **not** to be termed just "Neo".

PRICES DRASTICALLY REDUCED

NEOSALVARSAN

Trademark Reg. U. S. Pat. Off. & Canada

Brand of NEOARSPHENAMINE

Write for illustrated booklet:

"Syphilis: Suggestions on Technic and Schedules of Treatment."

WINTHROP CHEMICAL COMPANY, INC.

Pharmaceuticals at merit for the physician

NEW YORK, N. Y.

WINDSOR, ONT.

Factories: Rensselaer, N. Y. — Windsor, Ont.

591M

MUESTRAS Y MATERIAL DESCRIPTIVO A SOLICITUD.
PROPRIETARY AGENCIES, INC. - 21 Comercio St., San Juan, P. R.

BOLETIN DE LA ASOCIACION MEDICA

DE PUERTO RICO

PUBLICADO MENSUALMENTE BAJO LA DIRECCION DE LA JUNTA EDITORA

Año XXX

JULIO, 1938.

No. 7

LA PENA DE MUERTE

Ahora que con motivo de haber recomendado en mensaje especial a la Legislatura de Puerto Rico el Honorable Gobernador, el restablecimiento de la pena capital a nuestro Estatuto Penal, se discute con vehemencia la procedencia o improcedencia de esta sanción punitiva, creemos oportuno recordar que hace trece años, con motivo del gran aumento que tuvo la criminalidad en Puerto Rico, celebróse un Congreso para estudio

de dicho mal social, y al cual Congreso fué invitada nuestra Asociación, la que habló por voz de un comité de ponencia integrado por los doctores Victor Gutiérrez Ortiz, Leopoldo Figueroa y José Gómez Brioso (q.e.g.e.) por medio del informe que reproducimos a continuación del número de nuestro Boletín correspondiente al mes de diciembre del año 1925.

INFORME DE LA ASOCIACION MEDICA DE PUERTO RICO

ETIOLOGIA Y TERAPEUTICA DEL DELITO. — CAUSAS PREDIS- NENTES SOCIALES Y BIOLOGICAS.

PROFILAXIA Y TERAPEUTICA ADECUADAS

El estudio del problema de Profilaxia y Patología Social que ocupa en este momento la atención de este escogido Congreso de Criminología, cae, en gran parte, dentro del dominio de la profesión que a todas horas trata de mitigar las penas, de aliviar los dolores, que afligen ya al cuerpo humano, ya al cuerpo social.

La Asociación Médica de Puerto Rico, en representación de la clase médica insular, al responder a la deferente invitación que le hizo el Jefe de la Justicia de Puerto Rico, para tomar parte en este concurso de recias voluntades y escl-

recidas inteligencias, consciente de su alta responsabilidad, somete a vuestra consideración el fruto de su experiencia y conocimientos de este problema de Higiene Social, inspirándose en la sabia enseñanza de la Diosa Hígea, la diosa mitológica de la Medicina Preventiva— de la Higiene—, que cubre su desnudo cuerpo virginal con tenue velo en señal de honradez y veracidad y que sella sus labios con su dedo índice, en exhortación perenne de reserva, discreción y cautela.

Percatados, pues, de nuestro deber en este momento trascendental, designó nuestra Asociación un comité compues-

to de los Dres. E. Fernández García, Ramón Suárez, J. Gómez Brioso, Gutiérrez Ortiz, Figueroa, Goenaga y Quedo Báez, para que hiciera una exposición concisa, clara y veraz, sobre las causas predisponentes, sociales y biológicas, y posible remedio de este serio mal de la criminalidad en Puerto Rico.

Como ponentes dentro del seno de este Comité fueron a su vez designados los compañeros Gutiérrez Ortiz, Figueroa y Gómez Brioso, cuyo informe, por sí sólo, se explica, y el cual respetuosamente sometemos a vuestro estudio.

Dr. E. Fernández García, Pres.

I.

CAUSAS PREDISPONENTES DE CARACTER SOCIAL

Las causas predisponentes de carácter social son las mismas que las que podemos encontrar en cualquier otro país del globo, habitado por un pueblo civilizado, pero es también indudable que hay características especiales, hijas, entre otras de la fisonomía, vamos a llamarlo así, del actual momento histórico de nuestro pueblo.

Hace 27 años nuestro país vió el cambio de una soberanía por otra, la sustitución de una por otra bandera y tuvo que disponerse a continuar viviendo en contacto con un pueblo nuevo, al amparo de instituciones nuevas, resultando, como es natural, la perplejidad en los primeros momentos, la confusión más tarde y en último término la adaptación, pero una adaptación a costa de una verdadera conmoción que ha alcanzado a nuestro pueblo en todos sus estratos sociales, afectando el mecanismo de su vida económica, política y social. No es-

taba acostumbrado nuestro pueblo a la vida de la libertad y al goce de los derechos ciudadanos amplios, aunque ambas nobles aspiraciones vivían en el fondo de su espíritu y al entrar bruscamente en una era de libertad plena, la confusión de que hablamos al principio era natural y lógica.

Aún estamos en estos momentos como una inmensa serpiente que moviera sus anillos en ondulaciones caprichosas, suaves en ocasiones y violentas a veces, para acomodarse a condiciones climáticas que les fueran hostiles. No nos asusta la perturbación, esperamos confiados en que una sabia política de una parte, la escuela de otra y una justa resolución para nuestro fundamental problema económico, harán el milagro, borrarán las asperezas y no está lejano el día en que el buen pueblo de Puerto Rico, bien adiestrado, dé al mundo el envidiable espectáculo de un país sobrio, juicioso, laborioso y grande en el más amplio concepto del vocablo.

No pedimos a la escuela sabios ni eruditos, pedimos hombres con un concepto claro de sus deberes sociales y de sus deberes para con Dios, hombres que sepan en un momento de ofuscación discernir sobre las responsabilidades que un acto delictivo apareja; en otras palabras que el que delinca lo haga consciente de su propia responsabilidad.

Es trascendental el motivo básico que ha determinado la convocatoria del Jefe de Justicia en Puerto Rico, para conocer la opinión de aquellas entidades, colectivas o individuales, que pueden aportar luces en el problema de la criminalidad en nuestra tierra, que tan dolorosas proporciones ha tenido en estos últimos años.

Como aquí hemos de oír opiniones distintas sobre los diversos tópicos que abarca el problema fundamental, en este capítulo solo hablaremos de las causas predisponentes de la criminalidad en Puerto Rico, de carácter social. Para informar con claridad nos referiremos a ellas en el orden siguiente:

1o.—Indigencia: miseria fisiológica.

2.—Influencia perniciosa de la política.

3o.—Influencia de las luchas económicas.

4o.—Relajamiento de las costumbres; carencia o pobreza del sentido moral.

5o.—Influencia perniciosa de las agencias de publicidad y espectáculos, comprendiendo el teatro, el cine y los periódicos.

* *

Relajamiento de las costumbres; carencia o pobreza del sentido moral.

Al abordar este aspecto de la cuestión, necesariamente tenemos que estudiar separadamente las causas que determinan los crímenes en nuestras masas campesinas y las que determinan los crímenes en las ciudades.

Las industrias, que tienen su mayor grado de actividad en nuestras poblaciones principales, no son tan amplias que atraigan hacia ellas la gran mayoría de nuestra población rural, como ocurre en los Estados Unidos, en Alemania y en Inglaterra: en los talleres, miles y miles de obreros de ambos sexos y de todas las edades encuentran el trabajo diario cuya remuneración cubre las necesidades del vivir.

En Puerto Rico, nuestra gran masa rural vive hambrienta, desnutrida; nuestro tipo campesino se desenvuelve en un medio de dificultades sin cuento

que obstaculiza sus naturales tendencias al bien; hay un número incontable de circunstancias hostiles. El trabajo, es decir, la ocupación es irregular; jornales escasos; vivienda inadecuada; sol y humedad en exceso y el tipo fisiológico rayando en el desquiciamiento total.

Uncinaria, alcoholismo envenenador, mancebía, hacinamiento en las viviendas y embotamiento del sentido moral, tales son las características de nuestros campesinos, en una proporción desconsoladora.

Citemos algunos hechos nada más.

¿En qué forma cobra el campesino su salario, cómo lo gasta?

Salvo contadas excepciones cobra poco, fuera de tiempo y además lo invierte mal.

El trabajador jefe de familia es el sostén de su esposa, de sus hijos y con mucha frecuencia de algún pariente inválido o sobrino huérfano. Veamos cómo desarrolla sus actividades: Empieza a trabajar el lunes bajo un sol de fuego, en ocasiones sobre terreno seco, pero en otras en los pantanos palúdicos o sobre la humedad uncinárica. Como no cobra hasta el sábado, compra a crédito cuanto necesita durante la semana. Los artículos de primera necesidad después de pasar por unos cuantos intermediarios, entre el almacén y el consumidor, llegan a la mesa del labriego, malos, a precios usurarios y en su consecuencia en cantidad insuficiente para una regular ración alimenticia.

Como el salario no alcanza para pagar la tienda y como a la vera del camino está el garito, que funciona impunemente, allá va el campesino con su escaso jornal en la esperanza de duplicarlo. Pierde siempre su dinero, malgasta las horas del descanso y el lunes sin

crédito y sin vigor, ambula, con la mente llena de visiones sombrías, y como por otra parte la uncinaria, el paludismo, o el veneno alcohólico están minando su salud, este hombre, que en condiciones favorables hubiera sido un honrado padre de familia, camina inconscientemente ayudado por su carencia de sentido moral hacia la realización de hechos punibles. De manera que tenemos un tipo delineado, bien desgraciado desde el punto de vista de la salud física. ¿Qué vamos a esperar de estos infelices que así viven y así son?

Los delitos realizados entre nuestros campesinos, de vez en cuando, revisten caracteres de ferocidad y salvajismo, que realmente horripila en ocasiones su extravagancia. Pero en términos generales son delitos pasionales los que encontramos entre ellos, delitos en los que el fin principal es la venganza y en los cuales el sujeto entiende que dicha venganza es un mandato del honor, ejerciéndola y realizando las mayores violencias, como si la violencia fuera para ellos un derecho, según dice un tratadista.

La indigencia, como es natural, induce principalmente a los delitos contra la propiedad.

En nuestras ciudades, la falsa representación, el hurto en todas sus formas y los delitos contra la honestidad son los que más que hacer dan a nuestros tribunales de justicia.

Los llamados delitos de sangre ocurren en nuestras ciudades principalmente, como motivo de discusiones o pendencias súbitas. La comisión de estos delitos está favorecida por la tendencia

manifiesta de nuestro pueblo a portar armas.

El tipo del delincuente campesino que acabamos de delinear, hijo de la indigencia y la carencia de sentido moral, también lo encontramos en la ciudad. A la mancebía, alcohol, naípe, uncinaria y hambre, acá se suma la sífilis, y la tuberculosis; el hacinamiento en las ciudades es también mayor que en los campos y para apreciarlo hay que llegar hasta las viviendas de los infelices en los suburbios de las poblaciones. La pareja procreadora y los hijos de todas las edades duermen, comen, se asean, se visten y desvisten en la misma habitación. Los hijos, con ojos y oídos aptos para ver y oír más de lo conveniente, moldean su espíritu en este ambiente de descuido moral que los macula para toda la vida.

Los indigentes de las ciudades y de los campos son los mismos hermanos en el desamparo, hijos de la desgracia, caminan por la tortuosa senda de la corrupción que fatalmente conduce a la comisión de faltas leves primero y de delitos graves más tarde.

No sostenemos que la indigencia conduzca fatalmente al crimen, pero afirmamos que ella predispone el crimen.

* *

Influencia perniciosa de la política.

La política en Puerto Rico no creo yo ciertamente que tenga caracteres especiales; aquí, desde la tribuna pública y desde los periódicos, se le dice a las masas más o menos lo mismo que se le dice en cualquier parte del mundo. La política enciende las pasiones e incita a la violencia. Lo que pasa en nuestro país es que las masas no están, en términos generales, preparadas para oír y des-

pués aquilatar en el fondo de su conciencia todo lo que han leído y oído y luego resolver por su propia voluntad.

No hay ideales, lo que hay es sugestión; en el fragor de las luchas políticas y aún después de las campañas políticas nuestras masas sufren perturbaciones de su psiquismo, viniendo a ser en último término juguete de aquellos que con más fortuna o con más oportunidad les hablan.

Nuestras masas campesinas son llevadas como verdaderos rebaños hacia las urnas electorales. Ellas se mueven automáticamente en la dirección que les señala el amo del predio, que en condiciones normales pasa indiferente ante sus miserias y dolores, pero que abre su bolsa sin regateo para mover en las campañas a los fabricantes de discursos, favoreciendo así, en algunas ocasiones, nobles esperanzas de mejoramiento de nuestro pueblo, pero en otras muchas ejercitando venganzas personales o satisfaciendo ambiciones desmedidas.

Desde este punto de vista no hay partido político alguno que en Puerto Rico se sienta exento de culpa.

Hemos tenido épocas verdaderamente dolorosas de perturbaciones sociales, hijas indiscutiblemente de la política. Todavía en la actualidad, cuando suenan las primeras bombas explosivas anunciando las campañas eleccionarias, nuestra estructura social se conmueve toda y los crímenes políticos ensangrientan nuestra tierra, sin que haya manera posible de evitarlo.

La confianza en la influencia del cacique o padrino político es responsable de la comisión de muchos delitos, no importa que esa confianza resulte en últi-

mo término defraudada; hay elementos que creen que la justicia puede torcerse ante las recomendaciones de los que mandan y dirigen, ellos opinan que los ricos y poderosos pueden eludir la acción de la justicia tal como rezan aquellos versos de Shakespeare, que dicen así:

“Viste de oro el delito, y sin ofensa de nadie
Se romperá en él el asta poderosa
De la justicia; vístelo de harapos,
Y una débil pajilla en manos de un pigmeo
Lo herirá.”

No creo que haya necesidad de desmenuar el tópico citando casos específicos, porque aparte de que esto no conduce a nada práctico, la verdad de estas observaciones está en la conciencia de todos.

* *

Influencia de las luchas económicas.

Las luchas económicas han despertado también en nuestro pueblo gestos de rebeldía y así hemos visto en las masas campesinas y en las conglomeraciones obreras de las ciudades, cómo tras las prédicas de teorías radicales se han encendido en ellas el odio y los prejuicios, perturbándolas y empujándolas a la comisión de delitos que de otra manera no se hubieran realizado.

* *

Relajamiento de las costumbres; carencia o pobreza del sentido moral.

El abandono que se observa de las prácticas de la cultura, del buen comportamiento en el hogar y fuera del hogar, alcanza a todas las etapas sociales. Proporcionalmente tienen una responsabilidad inmensamente mayor los elementos sociales colocados en primera línea en el orden de la cultura y del bienestar individual.

¿Qué correctivo hay para una niña adolescente aún, de formas esculturales que lleva el traje más arriba de las rodillas o descotes provocativos o tal escasez de ropas sobre sus carnes que despiertan relámpagos de lujuria en el sexo fuerte, principalmente en los jovencitos?

¿Qué sanción hay para los padres de familia que tranquilamente se retiran a descansar después de las doce dadas, sin que sus hijos hayan regresado al hogar y sin saber en qué andanzas andan metidos?

¿Qué sanción hay para esas madres de familia, cuyas niñas caminan solitas con sus novios respectivos por playas y paseos públicos y después de una noche en el cine con sus tentadoras obscuridades regresan al hogar, sin más acompañantes que el adolescente que las corroteja?

¿Qué sanción hay para estos hijos de familia muy jovencitos, que en los cines hacen exclamacionse de erotismo impropias de su edad, según sea el tono más o menos rojo de las escenas que ven en la pantalla?

¿No son estos hechos responsables de los crímenes pasionales que se han registrado en nuestro país, en los que actúan como protagonistas niñas y niños de edad temprana? Los suicidios, hijos de contrariedades amorosas, son el resultado en parte, de este relajamiento de las costumbres existentes en nuestro país.

* *

Influencia de la publicidad.

El teatro ejerce una influencia decisiva en el psiquismo de los espectadores. No hace mucho que un verdadero escándalo se produjo en nuestro Teatro Mu-

nicipal, ante el rojo vivo de las escenas con que se pretendía solazar un auditorio de personas decentes.

Pero lo que realmente está produciendo una honda perturbación en todo el mundo es el cinematógrafo. Son ellos escuelas abiertas, en donde se enseña por los métodos más eficientes, cómo se roba en las altas esferas sociales y cómo se roba por los degenerados hijos del hampa. En los cines se enseña la infidelidad de los esposos; viejos y jóvenes encuentran cómo se engañan a tímidas niñas, cómo se violentan cajas de caudales, cómo se incendia, cómo se viola y cómo se prostituye a menores. Todo esto con información escrita, llena de chavacanerías y envueltos los espectadores en una inevitable obscuridad, que no deja ver quienes son los que se solazan y quienes los que muestran en su rostro el desagrado que tales escenas le producen.

La prensa de todos los matices, pero sobre todo la prensa de información diaria, relata de una manera tan cruda los crímenes y principalmente los pasionales, que a veces se hace imposible dejar llegar a manos de los niños en los hogares, los periódicos que contienen tales informaciones. Estas narraciones a que nos venimos refiriendo, van encabezadas siempre con grandes titulares y en sitio preferente. En ocasiones, tras una narración de romanticismo cursi aparece el autor del delito como el héroe de una novela folletinesca. Claro está que estas lecturas ninguna influencia ejercen en la mente de las personas mayores, de alguna cultura y educación, pero la ejercen, de una perniciosidad sin límites, entre los elementos imprevistos y principalmente en aquellos en quienes despiertan dormidas pero laten-

tes inclinaciones hacia el mal. En los adolescentes, en los cuales el sentido moral es rudimentario, es fatal la influencia de tales relatos.

La imitación es motivo de crímenes, y hemos visto cómo los suicidios se suceden uno tras otro en determinadas épocas.

Afirmamos que en los niños de corta edad el sentido moral no existe y aún en los adolescentes su desarrollo es rudimentario; hay en ellos una manifiesta tendencia a la mentira y al engaño; siempre son actores en la realización de hechos en los que para nada interviene la reflexión.

Los remedios a estas causas predisponentes que venimos señalando, y que se tratarán en otra parte de este informe, han de ser necesariamente de muy compleja estructura.

Antes de señalar los remedios, queremos dejar establecida aquí nuestra opinión, de que es positivamente un aliado para la comisión de ciertos delitos, la forma en que se impone y se cumple la pena.

Nuestro presidio insular no reúne en la actualidad aquellas condiciones necesarias para establecer una científica clasificación de los reclusos, resultando que el que cumple una condena no la siente con una gravedad proporcional a la magnitud del delito cometido. Muchos de los que salen anhelan volver a entrar, porque la reclusión es en último término una práctica solución para aquellos que, borrada en su conciencia toda noción de delicadeza espiritual, visten con singular tranquilidad y frescura la infamante indumentaria del presidiario.

Dos factores esenciales juegan un papel importante en todo problema

de carácter social: estos factores son, el hogar y la escuela. Pueblos cuyos hogares están constituidos a base de amor, respeto y virtudes cristianas son pueblos ideales. Sin temor afirmamos que en Puerto Rico hay mucho que hacer en este sentido, hay mucho camino que recorrer para acercarnos al ideal.

La ilegitimidad, cuando va acompañada del abandono de aquellos elementales deberes que contraen los progenitores, es una causa determinante de mal-estar social. Sinceramente creemos que es éste un asunto que debe preocupar la mente de todo hombre de pensar elevado y de nobles y generosos sentimientos.

Los hombres que abandonan a sus hijos al desamparo, sean estos legítimos o ilegítimos, que no sólo les niegan el pan que alimenta el cuerpo sino que les niegan también la ayuda espiritual, los consejos y la protección para guiarlos por el sendero del bien, son indudablemente reos de delito grave que debieran ser severamente castigados.

No deseamos entrar en grandes detalles en cuanto a la escuela se refiere, hasta que llegue el momento de señalar los remedios a los males existentes.

* *

II.

AGENTES CRIMINOGENOS DEL DELITO DESDE EL PUNTO DE VISTA BIOLOGICO

SU PREVENCION

Si fuéramos a enumerar todos los factores de carácter biológico que actúan unas veces como causas determinantes, otras como coadyuvantes y las más como predisponentes del delito, en verdad

que tendríamos que recorrer todo el campo de la psiquiatría y en relación con ésta el de la patología; pero si bien es verdad que tratamos el crimen en su aspecto biológico, y por tanto, médico, también es cierto que debemos hacerlo en estilo y fondo comprensibles a todos, ya que los que tienen que sacar conclusiones del mismo no son hijos de Esculapio sino de la diosa que, según la mitología, al aparecer el crimen en la tierra en la edad del oro, la abandonó para volar al Olimpo transformada en Astrea, la diosa del Derecho, la de los ojos vendados para no ver a quien juzga, y la de la balanza en la diestra para pesar con equidad los actos y acciones que le encomienda el augusto ministerio de la impartición de Justicia.

En tal concepto, sacrificaremos hasta donde sea factible en beneficio de la sencillez gran parte de la terminología médica en cuanto a la forma, y complejas disquisiciones teóricas en cuanto al fondo, e iremos al campo de la experimentación a asomarnos al ocular del microscopio a sorprender los secretos de la vida y a presenciar la lesión anatómo-patológica de la célula enferma, deleitándonos en la contemplación y estudio del mundo de lo infinitamente pequeño; ganando el dintel del anfiteatro de disección anatómica y sobre una de sus mesas, estudiando una gélida entraña, un órgano, o un miembro desgarrado del organismo, como una rama de su tronco; consultando al laboratorio, como sibila científica, acerca de lo que nos dicen las reacciones de sus retortas en el orden químico desde el punto de vista de las intoxicaciones y de lo que nos cuenta en el orden biológico en relación con la vida de los micro-organis-

mos bacterianos, y por último, reverentemente, consultando la clínica, la maestra de la vida, la que sabe de todos los secretos, desde la secreción de una bacteria, agente tóxico de un proceso morboso, hasta la secreción interna de un órgano determinante de un cambio en el carácter o temperamento de un individuo, o de una función generadora de una perturbación psíquica, como sucede en los casos catameniales.

En nuestra exposición no consideraremos la doctrina de la responsabilidad del agente o sujeto del crimen, el desgraciado delincuente, como un afiliado o adversario a credo filosófico, religioso o metafísico alguno, por lo cual, no especularemos ni sobre el libre albedrío, ni sobre la doctrina anímica, haciendo derivar el concepto de la responsabilidad, del sujeto criminoso, del estudio, no de su yo, sino, de la integridad de su neurona cerebral o de la injuria de sus células y tejidos anatómicos.

En tal concepto, establecemos como premisa, que no podemos hablar de prevención y curación de la criminalidad, sino de prevención, represión y curación del criminal, pues de igual modo que el concepto clínico admitido como axiomático, es que los médicos no tratamos o curamos enfermedades, sino enfermos, siendo el crimen una enfermedad toxinfeciosa del medio social, no puede el sociólogo hablar del tratamiento del proceso morboso social en general sino del sujeto del mismo, que a su vez es objeto de perturbación y desequilibrio del medio u organización jurídica en que vive.

Los factores biológicos del crimen son tantos, que enumerarlos sería recorrer toda la escala de las neurosis, psicopa-

tías y enfermedades infecciosas y tóxicas; pero podemos agruparlos en cuatro grupos: (a) herencia, (b) medio, (c) infecciones, (d) tóxicos, que llamaremos el cuadrilátero fatal, en cuya área queda incluída toda la etiología morbosa que enferma la conciencia del delincuente y le convierte de una entidad social útil en un objeto de repudio del medio en que vive, en el que los más ignorantes le consideran como una vergüenza de la sociedad, los deterministas como un irresponsable, y la ciencia como un enfermo.

(a) *La Herencia* juega un papel importantísimo, es a veces el eje alrededor del cual gira toda la desgracia del delincuente; ella, transmitiendo taras degenerativas, sellando con el estigma de vicios atávicos, trasmite a la prole la predisposición a veces y la causa otra, de procesos innúmeros, entre los cuales se encuentran principalmente, la locura, la neurosis y las degeneraciones criminosas.

(b) *El Medio*: en éste juegan un papel de gran importancia, la higiene, la nutrición y el trabajo.

La higiene asegurando vida en armonía con los postulados de la salud, la nutrición, evitando la miseria fisiológica, y el trabajo, no dando lugar al surmenaje que extenua y agota la célula orgánica y debilitándola, la predispone a graves procesos morbosos que pueden a su vez convertirse en factores coadyuvantes del crimen.

(c) *Factores Infecciosos*: Señalaremos sólo las psicosis, neurosis, y entre éstas, las manías, desequilibrios, degeneración, demencia, epilepsia, histeria, corea y especialmente en la mujer, ya que ella, según reza el aforismo latino, lo

es por su matriz: "Mulier propter uterus est", consignaremos las psicopatías de origen catamenial, gravídica, puerperal y menopáusica.

(d) *Factores tóxicos*: El principal y más nocivo por su generalización lo constituye el alcoholismo, el cual, a pesar de la prohibición, no parece haber disminuído en nuestra isla; teniendo también entre otros, el saturnismo, morfínismo, y cocainismo, y especialmente el paludismo y la uncinariasis.

Ahora bien, si de estos procesos morbosos pasamos al estudio de su patogenia y de ésta a su etiología, encontraremos que hay un factor importantísimo y agente responsable casi siempre. El es la sífilis. Luego si el crimen ha aumentado, si la ola de delito tiene como explicación razón de índole biológica, entonces el coeficiente de sifilíticos debe haber subido en relación con el incremento que haya tomado la criminalidad, y para ver si ello es así, estudiamos el índice luético nuestro a juzgar por las estadísticas del último cuatrienio del Laboratorio Biológico de Sanidad, que es como sigue:

Año 1921-22—Se hicieron 2,090 reacciones Wasserman con un resultado de 742 positivos, equivalentes a un 35.5%. En el 1922-23, el número de exámenes ascendió a 3,120, con 1,081 positivas, o sea 34.6%. En el 1923-24, se analizaron 6,764 muestras, de las cuales resultaron 2,379 positivas, o sea 34.9%, y el año pasado 1924-25, el número de exámenes practicados se elevó a la cifra de 15,033, con un resultado de 3,494 positivas, o sea 23.2%, o menos de un 10% que cualquiera de los tres años anteriores.

Claro está que estas estadísticas son relativas, pero ellas nos sirven para te-

ner una pauta al afirmar que la avariosis no ha aumentado, sino que por el contrario, su índice ha bajado en un 10%, y siendo esto así, estamos forzados a declarar desde el punto de vista biológico, que al no aumentar el factor predominante en las psicopatías y neurosis, o sea la sífilis, si es que la criminalidad ha aumentado, no es en esta fuente donde encontramos el origen causal de dicho mal.

Además hemos señalado otros factores, unos de carácter infecciosos y otros tóxicos, que también juegan papel importante en la génesis del proceso morboso psicopático, pero si consultamos las estadísticas nosológicas, también encontraremos la ausencia de exacerbación que pueda haber repercutido hasta perturbar o bien la estructura anatómica o la función psicológica del eje encéfalo-medular, por lo cual llegamos a la conclusión, que si es que existe tal aumento de criminalidad, hecho que no se ha demostrado aun con estadísticas, salvo en los delitos de sangre, no es en el sujeto agente delincuente donde biológicamente encontramos la explicación, la cual podría extraviarnos y considerar erróneamente a nuestro pueblo como uno de tara criminosa.

* *

Medio de Prevención. (Profilaxis.)

La sociedad, que no es otra cosa que un conglomerado de individuos, es un organismo análogo al humano; ella enferma de igual modo que lo hace aquel por la injuria que recibe la célula o grupos de células en un órgano o un miembro, injuria que repercute sobre toda la economía.

Al estudiar los medios de prevención tenemos que combatir nuestra teoría pe-

nal, la cual declaramos arcaica y anti-científica, toda vez que está basada en el castigo, cuando de acuerdo con la orientación científica del presente, debe estar establecida sobre el sistema de defensa social.

La sociedad es un equilibrio de deberes y derechos garantido por el Estado, y cuando un criminal comete una transgresión de ley, cuando un individuo vulnera derechos ajenos, cuando un delincuente no cumple con los deberes que reciprocamente los derechos que él disfruta en la vida de relación social, entonces se comete el delito, viéndose abligada la sociedad, representada por el Estado, a restablecer el equilibrio perturbado o roto por el delincuente.

¿Cómo debe restablecerse el equilibrio? ¿Por medio de una sanción punitiva, remedio de la antigua ley de venganza?

No, los progresos de la antropología, el gran avance de la psiquiatría, en una palabra, la revolución hecha por la medicina en el campo de la criminología, han determinado una nueva ruta en la concepción de la responsabilidad del sujeto delincuente y de la pena que merece el acto criminoso efectuado; de tal manera, que no se acepta la pena como un castigo que impone la sociedad, sino como el ejercicio que ésta hace de un medio de defensa social, y para ello dichas penas se dirigen a reformar aquellos delincuentes curables, reclusibles transitoriamente en cárceles o penitenciarías reformativas o en manicomios y a la secuestración perpetua en presidios de aquellos desgraciados fatalmente incurables, o sea de los inadaptables de nuevo al medio social.

También entre las medidas de prevención es bueno señalar, que jugando la herencia un papel indiscutible en las taras criminosas, debería existir cierta legislación regulando los matrimonios, desde el punto de vista de la eugenesia, ya que el hombre no tiene derecho alguno a engendrar una prole degenerada como fruto de sus vicios y concupiscencias morbosas.

Y por último, aunque pueda repugnar a algún temperamento sentimental, señalaremos también como medio de profilaxis criminal la esterilización de aquellos criminales de tara degenerativa y estigmas morbo-psicológicos, pues la sociedad ejerce un perfecto derecho al evitar la procreación entre individuos morbosos que lo que van a engendrar es, en vez de una criatura bella y humana, una repugnante y repulsiva monstruosidad moral.

Creo que esta medicina profiláctica es de rara indicación en nuestra isla, pero cumplimos el deber científico de apuntarla, pues siendo nuestros criminales de los clasificados entre los ocasionales, es al medio ambiente donde hay que ir a buscar la causa, que a veces no es otra que la satisfacción de una necesidad fisiológica o la imposibilidad de resistencia ante un impulso de carácter pasional, o en otras palabras, el hambre con su cara trágica, amenazando de muerte, o el amor, fuente de vida, pero también causa de muerte.

* *

III.

REMEDIOS IMPRESCINDIBLES

No es extraño que se aduzca como razón, para desconfiar del éxito, que el

problema es de una complejidad tan alta, que no asoma a la mente un camino recto que seguir, para establecer un procedimiento con que atenuar siquiera la ola de disgustos que invade a los hombres prudentes de nuestra tierra.

Existe el asombro y con asombro sacan la cabeza la inquietud y el temor, porque al despuntar el sol en cada mañana, anuncia en los hogares en que se recoge la paz y el trabajo, un crimen de sangre que agregar al del día anterior, y que vislumbra el del día siguiente. Puede ser, no lo dudamos, que el malestar y la inquietud que trastorna la serenidad de la vida en los espíritus, no se deba a que las cosas no sean hoy en Puerto Rico de distinta manera a como fueran hace algunos años y que debemos anotar en el debe de la publicidad el hecho morboso de que nos venimos ocupando con muchísima razón y con muchísima más necesidad que razón. Repetimos que la zozobra, el malestar, la inquietud y la desconfianza, reinan soberanamente en el país, debilitan el espíritu y hacen pensar de una parte en la defensa, de otra, en la huida a lugares en que el derecho a la seguridad personal y a la propiedad encuentre mayor protección que en nuestra buena y mansa Isla.

En todos estos casos, cuando se rompe la normalidad de la vida, en una sociedad, antes que acudir al estudio de las causas que motivan la anormalidad, se vuelve el rostro a aquellos a quienes la sociedad confía la custodia de su propiedad y de su vida. Y a poco que la lente de la investigación encuentre campo en que sorprender las manchas del abandono y de la indiferencia, se ha de dar forma, sin querer, a la protesta vigorosa, en

solicitud de amparo y protección, llamando al cumplimiento del deber a aquellos que tomaron a su cargo la altísima misión de velar por el reinado de la paz y del orden, necesarios para los adelantamientos del trabajo y del progreso.

Cuando una sociedad pasa por el estado de angustia en que se encuentra Puerto Rico hoy día, esa sociedad tiene el deber de revisar los poderes que dió a los ciudadanos a que confió su bienestar para ver si están en orden, si deben ser confirmados, o por el contrario, reformados o retirados.

Claro es, que las manifestaciones populares adolecen del defecto de la exageración, porque son miles de miles las voces que exteriorizan un sentimiento que ha de producirse con todas las modalidades varias de la sensibilidad personal de los componentes del todo. Pero si esto es cierto, no lo es menos que la voz robusta, siquiera sea chillona o desagradable, denuncia, cualquiera que sea el tono, un motivo real, el cual en gracia a la conservación del bienestar de la comunidad, debe ser investigado en sus elementos básicos. Y éste es el caso en que nos encontramos hoy en Puerto Rico. El malestar es profundo; el disgusto esencial; la tranquilidad ha huido de los hogares, y la desconfianza impera en todos los espíritus. No hay fe; en nada se cree; de todo se duda. La situación es anormal y demanda un esfuerzo colectivo. Juzgáramos de la importancia del problema que estudiamos por el tono alto que se estila en la vía pública para criticar, censurando las manifestaciones de la justicia, y nos expondríamos a cometer error, del cual es preciso huir. Ya no hay duda de que una parte del mal que nos aqueja reside en

una enfermedad de procedimiento de la justicia y en cada casa, en cada pueblo, en cada circunstancia se manifiesta de modo distinto, coincidiendo no obstante en todas partes en un punto fundamental, consistente en la falta de interés y de actividad en los organismos inferiores, incompatibles con la rectitud y con la fijeza que marcan el deber, en funciones tan delicadas como son la distribución de la justicia.

Repetimos que estas líneas no tienen otro valor que el de responder a la voz pública y que en los momentos en que surge el descontento, la desconfianza en los tripulantes del barco, que amenaza hundirse, las miradas y las ansiedades se vuelven instintivamente al Capitán. En Puerto Rico, en los momentos actuales, cuando se siente el frío del disgusto en todos los espíritus, la mirada se vuelve al Capitán y el Capitán es el funcionario administrativo de la justicia.

No vamos, porque no es nuestro propósito, a hacer hincapié ni a tomar bases para nuestras indicaciones, en lo que las gentes cuentan—eso resultaría vulgar y no debemos entrar en ese terreno.

Pero es también verdad, que los hechos que vienen al dominio público, acerca de los procedimientos judiciales que llaman la atención por la disparidad notable entre la comisión del delito y la aplicación de la pena, necesariamente exigen una explicación, que en muchos casos no resultaría satisfactoria para el conglomerado social. De aquí que los remedios que creemos aplicables al mal sean de dos clases fundamentales; unos, que podríamos calificar de remedios directos o substantivos, que no pueden dirigirse sino a evitar que la penalidad

aplicada en las transgresiones de la Ley sean inversamente proporcional a las condiciones de riquezas o influencias políticas de aquellos que resultan responsables. Los otros, lentos, adjetivos, aunque seguros, son remedios indirectos, que han de actuar sobre el individuo y no halla otro sitio para su aplicación que la Escuela, y los medios auxiliares de la Escuela.

Los medios directos han de actuar sobre la administración de la justicia y tienen su sitio en el procedimiento penal, reformando y vigorizando la acción, para impedir toda clase de deficiencias dañosas al crédito de la justicia y a la tranquilidad de la familia.

Los medios indirectos no tienen otro haber, otro escenario, que la Escuela. En ella, desde las primeras edades del ciudadano, hay que formar su alma, dotándola de todas las virtudes y alejándola de los extravíos de la moral social. En la escuela hay que formar al ciudadano, el cual no es precisamente el hombre de inteligencia, el hombre de mente desarrollada, sino el que, además de la nutrición de su intelecto con los conocimientos de los hechos del mundo, prepara su alma, establece su moral, para hallar con ella y por ella facilidades en la vida, convirtiéndose en elemento útil a la sociedad.

No hay que decir, que insistimos, en esta ocasión, en lo que en tantas otras se ha dicho; sintetizamos nuestra creencia acerca de la necesidad de desarrollar el sentido moral en nuestro pueblo, carente de él, en términos generales, haciéndolo de modo regular, graduado, intenso y persistente, de tal manera que el ciudadano en su vida posterior a la escuela, larga o corta, se vea siempre asis-

tido en los momentos de duda o tribulación, de los principios salvadores del conocimiento del bien y del mal, de las reglas de una vida ordenada, uno de cuyos axiomas es "Que no se debe dañar al vecino para que el vecino no le dañe a uno". Y pedimos, de modo preciso y terminante, que del mismo modo que en las escuelas se enseña al niño a leer, a escribir y a contar, se le enseñe una asignatura que se llama, MORAL, con la misma intensidad con que se graba en sus cerebros las ideas de las combinaciones del número, las de la palabra o las de los hechos en la historia.

No es un hombre de educación acabada, aquel que no une a la instrucción y a la educación mental, la educación moral y la física.

Como medios auxiliares a estas proposiciones, estimamos que es de necesidad que el pueblo, en el momento de indecisión en que nos hallamos, haga un esfuerzo, llamando al orden a los ciudadanos para que dé un paso atrás, en el camino rápido que llevamos hacia el desórden, hacia la corrupción de las costumbres, al final de cuyo camino se encuentra la destrucción, estableciendo reglas de conducta para el ciudadano, de observancia obligatoria fuera del hogar.

Esas reglas llamadas ordenanzas municipales, deben ser formuladas, sancionadas, y mantenidas de modo riguroso, en todos los sitios públicos en donde alcance la acción de los cuerpos directores municipales. Demás está decir, que esa acción tiene lugar predilecto en los puntos de reunión pública y, de modo especialísimo, en los cinematógrafos a los cuales hemos de hacer responsable de gran parte de los daños que la humanidad viene sufriendo, por lo que

hace a la corrupción de las costumbres.

El público queda invitado en el momento actual a una reacción vigorosa, que nos ponga a salvo de los males que sufrimos y de los más graves que se avecinan.

Es indudable que entre los medios de investigación a que debemos acudir, para conocer mejor los hechos que enunciamos, existe el de la creación de un Instituto de psicopatía antropológica, en el cual se conozcan por el número y las tablas que dicte la observación, las reacciones psíquicas del individuo y nos den la pauta que debemos seguir para distinguir al hombre enfermo del hombre sano; averiguar las taras hereditarias y los coeficientes anormales del primero en parangón con los del segundo que camina con paso seguro y cerebro se-

guro hacia una finalidad de amor y caridad.

Como medio auxiliar, hemos de consignar lo que muchas veces la Asociación Médica de Puerto Rico ha pedido a los representantes del pueblo, que es la formación del cuerpo de médicos forenses que actúen constantemente en el ejercicio de sus conocimientos profesionales sobre el cuerpo muerto y en actuaciones diversas concurrentes con la administración de la justicia.

Hase entendido, lo mismo que lo entiende la Asociación Médica de Puerto Rico que tal invasión es necesaria y que como en otros pueblos lograríamos especializar un número de nuestros mejores facultativos en investigaciones que la justicia exige para proceder con rectitud e imparcialidad.

INFORME ANUAL DEL HOSPITAL DE MATERNIDAD DE SAN JUAN

Rendido por el Jefe del Servicio y Cirujano-Tocólogo, Dr. Leopoldo Figueroa

Año 1931-32

Santurce, Julio 1, 1932.

Hon. Comisionado de Beneficencia,
del Gobierno de la Capital,
San Juan, P. R.
Señor:-

Cumplo con el deber administrativo de rendir el informe del movimiento de pacientes habido en el Hospital de Maternidad durante los últimos 9 meses del año económico de 1931-32, en que he estado frente a la jefatura de dicha institución nosocomial; no pudiendo referirme a los otros 3 meses anteriores por carecer de los datos e información consiguientes.

El número de partos normales y distócicos en los distintos meses ha sido el siguiente:

Noviembre -----	136
Diciembre -----	134
Enero -----	124
Febrero -----	127
Marzo -----	147
Abril -----	111
Mayo -----	141
Junio -----	136

Total, partos ----- 1,056

Además se han asistido 114 casos de abortos y de ellos 70 han sido completos e inevitables en el Hospital y 44 incompletos y de origen externo. Tam-

bién ha habido un número de 55 amenazas de aborto en los que pudimos evitar la malogración del fruto de la concepción en la totalidad de los casos.

En cuanto a los abortos inevitables, 72 tuvieron lugar en mujeres casadas y 42 en solteras; y las amenazas de abortos, 35 en casadas y 20 en solteras.

Queremos apuntar con entera franqueza, que es nuestro criterio clínico que por lo menos 60 por ciento de los casos de amenazas de aborto y abortos evitables e inevitables, fueron provocados, sin que hayamos podido tener evidencia legal alguna de ello, debido a la discreción hermética en que se envuelven las pacientes, discreción criminal, que no es lo suficiente para evitar la certeza moral y el convencimiento clínico de la comisión del acto delictivo e inhumano.

Ante este complejo problema, de tanta gravedad médico-social, en el que juegan papel importante, la miseria y la tendencia errónea de ocultar deslices de amoríos, que han culminado en ayuntamiento sexual, generador de un ser al que se le arrebató la vida, para con la sangre de un crimen lavar la mancha del honor, hay que pensar reflexivamente, si acaso no es ya llegada la hora, de que legislativamente busquemos remedio al mal, no dentro del estatuto penal, y sí autorizando la divulgación de las prácticas neomalthusianas, ya que éstas no tienden a matar sino a evitar el fruto amoroso de la concepción, cuando la vida de éste pueda ser o un engendro morboso, o una insoportable carga familiar, con la negra perspectiva de ser

(*) Reproducido del Informe correspondiente al año fiscal 1931-32 rendido por el Administrador de la Capital, Hon. Jesús Benítez Castaño, al Pueblo de San Juan, a la Legislatura, al Gobernador y demás autoridades de Puerto Rico.

en el porvenir carne de lupanar o del hampa, con su secuela, de obligado huésped de un hospital o de una celda del presidio.

El número de pacientes incluyendo las asistidas por partos, abortos, retención de placenta y patología de la gestación, clasificados por el estado civil de las parturientas, fué de 876 casadas contra 639 o sea 1,515 de las que según vimos anteriormente, 1,056 fueron casos de partos normales y distócicos, 158 abortos y 55 amenazas de aborto, siendo los restantes casos de retención de placenta y patología gravídica. De éstas, el número de primíparas fué la tercera parte de la cifra total y otras terceras partes fueron múltiparas.

En cuanto a los partos gemelares, sólo hubo 6 casos, y de prematuros, la cifra ascendió a 21.

Octubre	0	(ninguna)
Noviembre	1	(por asistolia cardíaca)
Diciembre	0	(ninguna)
Enero	6	dos por septicemia puerperal, dos por asistolia cardíaca, una por nefritis, una por eclampsia)
Febrero	2	(por hemorragia por placenta previa)
Marzo	0	(ninguna)
Abril	1	(eclampsia <i>post partum</i>)
Mayo	0	(ninguna)
Junio	1	(por anemia aguda por hemorragia gravídica)
<hr/>		
Total	11	defunciones o sea 7.2 por mil.

Esto es lo que se refiere a la parte técnica, en cuanto a deficiencias, no entramos en un análisis detallado de éstas, por conocer la precaria situación económica que atraviesa el Gobierno de la Capital, pero es imprescindible que señalemos: Primero: La necesidad de sustituir los viejos y rotos pisos de madera que impiden una completa limpie-

Las presentaciones O. I. I. A. fueron 62 por ciento de los casos; las O. I. D. P. 34 por ciento y 4 por ciento entre las restantes presentaciones.

El número de intervenciones quirúrgicas obstétricas ascendió entre aplicaciones *forceps*, cesáreas, basiotripsias, versiones, extracciones de placentas, traquelorrafias, y perinorrafias a 192.

El número de nacimientos fué de 1089 en los nueve meses, 1056 en partos normales y patológicos, 6 gemelares y 21 prematuros, y de ellos nacieron muertos 47 varones y 22 hembras, o sea 6.3 por ciento. De los 1,020 nacimientos vivos, 538 fueron hembras y 482 varones.

El número de defunciones maternas fué mensualmente como sigue:

za, no obstante los esfuerzos que se hacen, por pisos de lozetas; Segundo: El arreglo del techo de modo que no se moje el hospital; Tercero: Poner las puertas y ventanas a prueba de mosquitos; Cuarto: Mobiliario, camas y cunas, pues las que posee el hospital datan desde antes del año 1922, en que éramos el Director del antiguo Hospital de Ma-

ternidad de Niños, ubicado en la calle de San Sebastián, en San Juan; Quinto y último: Hacer una Sala de Aislamiento para los casos sépticos, pues es un crimen de humanidad exponer al contagio de un caso infectado, una paciente cuyo puerperio evoluciona fisiológicamente. Esto lo demanda la ciencia y lo exige a grito herido el más rudimentario principio de humanidad.

Creemos que dentro de las condiciones de penuria en que trabajamos y con un material de pacientes de un índice de resistencia orgánica, tan bajo, como el que viene a la Clínica de Maternidad, contrastando dicho bajo índice, en el altísimo coeficiente de morbilidad, generalmente por afecciones gonocócicas y luéticas, podemos sentirnos satisfechos, de no oír grito alguno de la conciencia, por no cumplir con los mandatos científicos, a la par que caritativos, de una apropiada labor benéfica, en bien de las indigentes de la comunidad.

Réstanos sólo hacer constar nuestro reconocimiento a la labor loable y altruísta de las abnegadas enfermeras, que como sacerdotizas del bien, han cooperado con nosotros y con nuestro ayudante el Dr. Xirau, a arrancar las vidas de muchas madres a la muerte, y a traer a la vida, muchos vástagos, esperanzas de múltiples hogares, y Dios en sus ocultos designios sabe, si hasta tal vez encarna alguno de ellos la suerte libertaria de nuestro amado suelo.

Dr. Leopoldo Figueroa,
Cirujano Tocólogo, Jefe
del Servicio del Hospital de Maternidad.

INFORME ANUAL DEL HOSPITAL DE MATERNIDAD DE SAN JUAN

AÑO 1932-33

Santurce, Septiembre 11, 1933.
Hon. Comisionado de Beneficencia,
del Gobierno de la Capital,
San Juan, P. R.
Señor:

Al igual que en año anterior damos cumplimiento al deber administrativo de rendir informe del movimiento de pacientes en el Hospital de Maternidad, durante el año económico 1932-33, período de tiempo durante el cual hemos desempeñado la jefatura de dicho plantel de beneficencia, además de ser el cirujano tocólogo del mismo.

El movimiento de partos eutócicos y distócicos fué como sigue:

Julio	147
Agosto	164
Septiembre	185
Octubre	166
Noviembre	169
Diciembre	166
Enero	181
Febrero	139
Marzo	141
Abril	148
Mayo	158
Junio	148

Total 1,912

El número de casos de abortos durante el año fué como se expone a continuación:

Julio	14
Agosto	2
Septiembre	3
Octubre	17
Noviembre	15
Diciembre	17

Enero -----	14
Febrero -----	8
Marzo -----	17
Abril -----	26
Mayo -----	14
Junio -----	16

Total ----- 163

De estos 163 abortos, 108 ingresaron como abortos incompletos, y los restantes 55 fueron inevitables, no obstante los esfuerzos terapéuticos realizados.

En nuestro anterior informe sostuvimos el criterio, que no menos del 60 por ciento de estos abortos eran provocados, y ahora no sólo ratificamos nuestro anterior juicio, sino que nos afirmamos en nuestra convicción, al manifestar que cinco casos de estos abortos, al llegar al hospital, todavía conservaban el cuerpo extraño usado como agente para la provocación del aborto, sin que pudiéramos arrancarle a la discreción hermética de las pacientes, la revelación del nombre del autor o autora del acto delictivo, que en nosología llamamos aborto provocado, pero, que en moral permítasenos conceputar como imperdonable crimen ante la ley divina, ya que por múltiples circunstancias, que no son preciso mencionar, excepcionalmente caen en las redes de nuestro Código Penal.

Además del anterior número de abortos inevitables, fueron asistidos con resultado satisfactorio para el fruto de la concepción, los casos que se expresan a continuación, que no pasaron de la categoría de "amenaza de aborto".

Julio -----	6
Agosto -----	6
Septiembre -----	11
Octubre -----	5
Noviembre -----	10

Diciembre -----	8
Enero -----	6
Febrero -----	10
Marzo -----	6
Abril -----	12
Mayo -----	12
Junio -----	13

Total ----- 105

Frente a las cifras de 163 "abortos inevitables", en su mayoría de origen criminal, y 105 "amenazas de aborto", es tal la impresión terrorífica que esto causa a nuestro ánimo, que no podemos resistir a la tentación de reproducir el comentario que en relación con este particular hicimos en nuestro informe del año 1931-32:

"Ante este complejo problema de tanta gravedad médico-social, en el que "juegan papel importante, la miseria y "la tendencia errónea de ocultar deslices de amoríos, que han culminado en "ayuntamiento sexual, generador de un "ser al que se le arrebató la vida para "con la sangre de un crimen lavar la "mancha del honor, hay que pensar reflexivamente si acaso no es ya llegada "la hora de que legislativamente busquemos remedio al mal, no dentro del estatuto penal y sí autorizando la divulgación de las prácticas neomalthusianas, ya que éstas no tienden a matar "sino a evitar el fruto amoroso de la "concepción, cuando la vida de éste pueda ser un engendro morboso o una insostenible carga familiar, con la negra "perspectiva de ser en el porvenir carne de lupanar o del hampa con su secuela, de obligado huésped de un hospital o de una celda del presidio."

Además de este número de partos y abortos, fueron asistidos 18 casos de

“retención de placenta”, y 22 casos de toxemia gravídica.

Queremos llamar la atención al hecho de haber tenido algunos casos de malaria y de ellos varios de carácter pernicioso, registrándose entre las defunciones del año, una, debida a esta causa.

Hácese necesario, por tanto, que se tomen medidas urgentes para poner el hospital a prueba de mosquitos, pues es más que doloroso, que por una falta de precaución, o por no tomar determinada medida de profilaxis, veamos perder la vida, a quien viene al hospital a abrir sus entrañas para entre dolor y sangre, alumbrar como fruto de amor un nuevo ser cuyo sino al nacer a la vida, sólo sabe Dios o conserva oculto la Providencia en el inescrutable libro del tiempo.

Los casos de fiebre puerperal sólo han ascendido a 6 o sea menos de 3 por mil, y todos en pacientes que han llegado con la bolsa rota, muy manipuladas en la casa, y por tanto con infección de origen externo.

Sentimos satisfacción en consignar estadística tan baja de fiebre puerperal, en un hospital donde tenemos que aceptar los casos en las peores de las condiciones, después que el parto se hace imposible en la casa, y después de muy manipuladas por ignorantes mujeres, que por haber parido se creen parteras, o que por necesidad, se ven obligadas a dedicarse al arte de los partos, arriesgando si no perdiendo, las más de las veces dos vidas, la de la madre y la del hijo.

Es natural que esta estadística nos haga sentir satisfacción, porque esto habla muy elocuentemente en favor de los cuidados higiénicos y terapéuticos que se les presta a la parturienta, por

el personal del hospital.

En cuanto al número de intervenciones quirúrgicas obstétricas tales como *forceps*, versiones, basiotripsias, fué 48 y las otras intervenciones tales como traquelorrafia, curetajes y perinorrafia, ascendió a 175.

Queremos hacer constar que entre los casos distócicos hubo 4 casos de placenta previa los que fueron tratados por metreurisis seguida de versión podálica y entre las toxemias gravídicas q. originaron partos distócicos tenemos principalmente la eclampsia, de la que tuvimos 19, muriendo solamente 3; los restantes casos, en su mayoría se resolvieron como partos distócicos prematuros, que de pasada diremos, que el número en total de éstos fué de 85, siendo la sífilis la que en más de 70 por ciento de los casos, fué la responsable de la interrupción del embarazo, y en los restantes casos la eclampsia, placenta previa y desprendimiento prematuro de la placenta. El número total de casos tratados por toxemia gravídica, enfermedades intercurrentes, especialmente malaria, y de altas provisionales “por haber ingresado con falso parto”, subió a la cifra de 221.

Si hacemos ahora un resumen del número de casos asistidos tenemos 2,401 que se descompone como sigue:

Partos eutócicos y distócicos	1,912
Abortos inevitables	163
Amenazas de abortos	105
Toxemias gravídicas, enfermedades intercurrentes y altas provisionales	221

2,401

Concerniente a las presentaciones en los casos de partos se descomponen como sigue:

O. I. I. A.	1,275
-------------	-------

O. I. D. P.	440
Otras presentaciones	197

1,912

De los 2,401 casos asistidos sólo se hicieron exámenes de exudados vaginales en 1,390 de los cuales 1,140 fueron negativos por gonococo y 250 positivos o sea un 18 por ciento de casos en los cua-

les el agente Neisser convivía en la flora vaginal.

La mortalidad materna durante el año, de acuerdo con nuestros récords y de acuerdo con los datos pedidos al Registro Civil durante el año, alcanzó a 12 y fueron las siguientes personas en las fechas que se hace constar y por las causas que se exponen:

DEFUNCIONES

Nombre	Fecha	Causa
Trinidad Díaz Zeno	Oct. 9, 1932	Eclampsia gravídica
Luisa Negrón Vázquez	Nov. 19, 1932	Pleuresía
Francisca Pantoja	Nov. 21, 1932	Distocia del parto por pelvis viciada
Concepción Boria Fuentes de Castro...	Nov. 22, 1932	Hemorragia por aborto incompleto
Celia Rosado	Nov. 26, 1932	Eclampsia
Julia Andino Molina	Dic. 3, 1932	Malaria perniciosa
Juana Castro	Ene. 27, 1933	Septicemia puerperal
Herminia de Jesús	Feb. 5, 1933	Embolia pulmonar. (Caso de Río Grande. Llegó en artículo mortis con cabeza del feto estrangulada
Quintina Buriel Rivera	Abril 14, 1933	Hemorragia post partum
María Rodríguez	Abril 27, 1933	Eclampsia
Mercedes de León	Mayo 19, 1933	Hemorragia por placenta previa.
Juana Meléndez	Mayo 23, 1933	Broncopneumonía e infección gonocócica.

Luego si el número de pacientes asistidos ha sido 2,401 y el número de defunciones ha alcanzado a 12, la mortalidad ha sido menos de 5 por mil.

El número de nacimientos alcanzó a la cifra de 1,919, y si tenemos en cuenta el número de partos de 1912, podemos explicar la diferencia entre estas dos cifras al saber que hubo cinco partos gemelares y un parto múltiple a base de tres niños, lo que cuadra entonces la cifra de 1,919.

El número de natimueertos fué de 182

de los que 107 fueron varones y 75 hembras, y de los cuales 107 fueron legítimos y 75 naturales, dando por tanto una natimortalidad de menos de 95 por mil.

Haciendo un resumen de las actividades nosocomiales podemos afirmar que hubo el movimiento siguiente:

Partos eutócicos y distócicos	1,912
Abortos inevitables	163
Amenazas de abortos	105
Toxemias gravidicas, enfermedades intercurrentes y al-	

tas provisionales 221

Total 2,401

Mortalidad materna .. 12 ó sea me-
nos de 5 por mil.

Nacimientos 1,919

Mortalidad fetal 182 menos
de 95 por mil.

Esto es lo que concierne a la parte puramente técnica pues no es de nuestra incumbencia entrar en la parte administrativa y sólo nos falta señalar las deficiencias a subsanar, las que son las mismas que indicamos en nuestro informe anterior, pues ninguna de las señaladas han sido corregidas, por lo que transcribimos literalmente las mismas deficiencias con las mismas recomendaciones que hicimos el año anterior transcribiéndolas de nuestro anterior informe.

“Esto es lo que se refiere a la parte técnica, en cuanto a deficiencias, no entramos en un análisis detallado de éstas, por conocer la precaria situación económica que atraviesa el Gobierno de la Capital, pero es imprescindible que señalemos: 1º., la necesidad de sustituir los viejos y rotos pisos de madera que impiden una completa limpieza, no obstante los esfuerzos que se hacen, por pisos de lozetas; 2º., el arreglo del techo de modo que no se moje el hospital; 3º., po-

ner las puertas y ventanas a prueba de mosquitos; 4º., mobiliario, camas y cunas pues las que posee el hospital datan desde antes del año 1922 en que éramos el Director del antiguo Hospital de Maternidad y Niños, ubicado en la calle de San Sebastián, en San Juan; 5º., y último, hacer una Sala de Aislamiento para los casos sépticos, pues es un crimen de humanidad exponer al contagio de un caso infectado, una paciente cuyo puerperio evoluciona fisiológicamente. Esto lo demanda la ciencia y lo exige a grito herido el más rudimentario principio de humanidad.”

Y ahora para terminar réstamos solamente hacer constar nuestra gratitud al personal de enfermeras graduadas y alumnas, quienes con una abnegación rayana en devoción profesional y amor al bien, han prestado servicios dignos del mayor encomio tanto a mí como a mi ayudante directo, Dr. Agustín Xirau, quien también nos ha prestado valiosa cooperación en esta obra humana de evitar que nuestra mujer pague al precio de su vida, la obtención del glorioso nombre de madre.

Dr. Leopoldo Figueroa,

Cirujano Tocólogo, Jefe del

Servicio del Hospital de Maternidad.

INFORME ANUAL DEL HOSPITAL DE MATERNIDAD DE SAN JUAN

Rendido por el Jefe del Servicio y Cirujano-Tocólogo Dr. Leopoldo Figueroa
1933-34

Hon. Comisionado de Beneficencia,
del Gobierno de la Capital,
San Juan, P. R.
Señor:

Como en anteriores años, damos cumplimiento a nuestro deber administra-

tivo, rindiendo a usted un detallado informe del movimiento de pacientes atendidos en el Hospital de Maternidad, bajo nuestra jefatura, así como del servicio de pacientes asistidos fuera de este plantel, en aquellos casos en que la necesidad de la asistencia, en conflicto con la tenencia de cama en el Hospital, ha demandado, que velándose por el principio

de que no quede sin asistencia una mujer a punto de ser madre, o una que ve malogrado el fruto de su concepción con la interrupción de un embarazo, por un aborto natural o provocado, quede sin la ayuda del arte y sin los auxilios de la Beneficiencia Municipal, a través de funcionarios encargados de prestar estos servicios, para buen nombre de la administración y para bien del principio augusto de humanidad.

En tal concepto vamos a exponer el resultado de nuestra labor durante el año económico de 1933-34, labor que ha abarcado el triple aspecto de Jefe de los servicios, cirujano tocólogo y médico de asistencia de las pacientes recluidas y de consulta de los casos importantes que asisten al dispensario.

La dirección del Dispensario instalado en los bajos del Hospital, en el que se han prestado no sólo servicios de exámenes de gestantes, sino también se han dado consejos de eugenesia y puericultura en el ideológico concepto de orientar a las madres en el camino de tener una prole saludable físicamente, en vez de un fruto de concepción que por sus condiciones de debilidad congénita y de miseria fisiológica al nacimiento, constituyan una carga social para el Estado y un fruto de dolor y de tristeza para el hogar.

El movimiento de ingresos en el hospital fué de 2,539 pacientes y el de partos normales o eutócicos y anormales o patológicos o distócicos durante el año a que se contrae este informe ha sido de 1,938, que desglosado por meses, ha dado el movimiento hospitalario siguiente:

Julio	167
Agosto	167
Septiembre	176

Octubre	170
Noviembre	169
Diciembre	151
Enero	168
Febrero	138
Marzo	153
Abril	155
Mayo	173
Junio	151
Total	1,938

El número de abortos ascendió a 251, y expresados éstos mensualmente, fué como sigue:

Julio	13
Agosto	14
Septiembre	23
Octubre	26
Noviembre	17
Diciembre	16
Enero	21
Febrero	20
Marzo	31
Abril	25
Mayo	21
Junio	24
Total	251

De estos 251 casos de abortos 172 de ellos fueron de origen externo, es decir, casos en los cuales el aborto se había producido o efectuado parcialmente en la casa, habiéndose terminado en el hospital, los que aparecen en nuestras estadísticas como abortos incompletos. Además de este número de 251 casos de abortos inevitables, de ellos 172 de origen externo y 79 inevitables en el hospital, tuvimos un número de abortos evitables, ascendente a 79, que como amenazas de aborto expresamos mensualmente a continuación:

Julio -----	10
Agosto -----	5
Septiembre -----	5
Octubre -----	4
Noviembre -----	6
Diciembre -----	5
Enero -----	8
Febrero -----	6
Marzo -----	9
Abril -----	4
Mayo -----	10
Junio -----	7
<hr/>	
Total -----	79

Enjuiciando las cifras de 251 casos de abortos y 79 amenazas de abortos, o sea de casos en que la acción terapéutica pudo triunfar, evitando la interrupción de la gestación, no podemos hacer otra cosa al pensar en el gran número de vidas que se malogran, que transcribir como una expresión de nuestra protesta por este estado imperdonable de cosas, lo que en nuestro anterior informe del año 1932-33 decíamos en relación con este particular.

“En nuestro anterior informe sostuvimos el criterio, que no menos del 60 por ciento de estos abortos eran provocados, y ahora no sólo ratificamos nuestro anterior juicio, sino que nos afirmamos en nuestra convicción al manifestar que cinco casos de estos abortos al llegar al hospital todavía conservaban el cuerpo extraño usado como agente para la provocación del aborto, sin que pudiéramos arrancarle a la discreción hermética de las pacientes, la revelación del nombre del autor o autora del acto delictivo, que en nosología llamamos “aborto provocado”, pero, que en moral, permítasenos conceptuarlo, como imperdonable crimen ante la ley divi-

na, ya que por múltiples circunstancias, que no son preciso mencionar, excepcionalmente caen en las redes de nuestro Código Penal”.

Y si de otro lado pensamos en la miseria que está azotando nuestro país, como una secuela de la depresión mundial, y si pensamos además en el problema de la densidad de nuestra población que alguien cree que por este medio criminal pudiera ser aminorada, y si también pensamos que otros para resolver el problema de la superpoblación aconsejan como remedio la emigración de nuestros conciudadanos, solución que repugna a nuestra psicología del pueblo de vida sedentaria, entonces, no podemos resistir a la tentación, precisamente en estos momentos en que los hombres que constituyen el llamado “Brain Trust” han confeccionado un plan de rehabilitación económica para nuestra isla, aconsejando las medidas de “birth control”, o sea regulación de la natalidad, de recordar que hace más de un año introdujimos en nuestro carácter de Representante a la Cámara de Puerto Rico, un proyecto de ley a este efecto, anticipando así la solución de este grave problema, que no pudimos entonces resolver por la intervención religiosa, en una cuestión médico-social, que tan vitalmente afecta a nuestro pueblo. Y también antes de esta actuación, tratábamos este asunto en nuestro Informe Anual de 1931-32 lo que se puede ver por los párrafos que del mismo transcribimos:

“Queremos apuntar con entera franqueza, que es nuestro criterio clínico que por lo menos 60 por ciento de los casos de amenazas de abortos evitables e inevitables fueron provocados, sin que hayamos podido tener evidencia legal al-

guna de ello, debido a la discreción heremética en que se envuelven las pacientes, discreción criminal, que no es lo suficiente para evitar la certeza moral y el convencimiento clínico de la comisión del acto delictivo e inhumano.

“Ante este complejo problema de tanta gravedad médico-social en el que juegan papel importante la miseria y la tendencia errónea de ocultar deslices de amoríos que han culminado en ayuntamiento sexual, generador de un ser al que se le arrebató la vida, para con la sangre de un crimen lavar la mancha del honor, hay q. pensar reflexivamente, si acaso no es ya llegada la hora, de que legislativamente busquemos remedio al mal, no dentro del estatuto penal, y si autorizando la divulgación de la práctica neomalthusiana, ya que ésta no tiende a matar, sino a evitar el fruto amoroso de la concepción, cuando la vida de éste puede ser un engendro morbosos y una insoportable carga familiar con la negra perspectiva de ser en el porvenir, carne de lupanar, con su secuela de obli-litud de la creación de un departamentado huésped de un hospital o de una celda del presidio.”

Además de estas reseñadas asistencias de 1938 partos, 251 abortos y 79 amenazas de abortos han sido asistidos 48 casos de retención de placenta, 223 entre casos de observación, altas provisionales y variadas y distintas toxemias gravídicas, lo que da un total de 2,539 pacientes que han ingresado y han sido tratadas en el Hospital de Maternidad.

Si volvemos la vista ahora al número de partos asistidos y analizamos la cifra de 1,938 tenemos que de ellos 96 fueron partos prematuros, 19 gemelares y 36 distócicos, lo cual habla muy en pro de una buena dirección, ya que resulta casi

sorprendente que en un número tan crecido de partos, y en pacientes de las condiciones desesperantes de las que vienen al Hospital de Maternidad se registre un coeficiente tan bajo de partos distócicos, y que se explica por el hecho de “que no padecemos de furor quirúrgico obstétrico” y no se hace aprendizaje en el organismo de las infelices, que la necesidad y la miseria obligan a tocar a las puertas de la caridad de una maternidad, para ser asistidas como demandan los cánones de la ciencia y exigen los rudimentarios principios de humanidad.

El número de intervenciones entre *forceps*, versiones, cesáreas, basiotripsias y metreurisis, ascendió a 36, y el número de curetajes en los casos de abortos incompletos de origen externo subió a 46, habiéndose además hecho un número de 97 perinorrafias, lo que hace un total de 179 intervenciones quirúrgicas.

El número de partos fué de 1,938 y el de abortos 251, lo que hace un total entre partos y abortos de 2,189. Estos casos tuvieron lugar 260 en mujeres primíparas o sea que tenían su primer parto y 1,929 en mujeres múltiparas, o sea que habían tenido más de un alumbramiento.

Del número de 1,938 partos hubo 1,071 presentaciones en occipito-iliaca-izquierda anterior O.I.I.A., 701 en occipito-iliaca-derecha posterior O.I.D.P., 98, de nalgas o sea sacra-iliaca-izquierda anterior S.I.I.A. y alguna que otra presentación en sacra-iliaca-izquierda posterior S.I.I.P. Las restantes cifras se repartieron entre las restantes presentaciones y 4 mento-iliaca-izquierda M.I. I. A. y 2 transversas A. T.

De los 2,539 casos ingresados en el hospital se ordenó al laboratorio el exa-

men de 1,142 muestras de exudado vaginal, habiendo dado de ellos 178 positivo y 964 negativo o sea cerca de 15½ por ciento de los casos, infestados por el gonococo.

La mortalidad materna solamente fué de 18 pacientes, habiendo sido la causa de las defunciones las siguientes: hemorragia postpartum, 4; hemorragia post-abortum, 1; peritonitis pélvica, 1; anemia perniciosa, 1; nefritis post-partum, 1; eclampsia post-partum, 1; gastro-hepatitis puerperal, 1; anemia aguda por hemorragia post-placenta previa central, 2; toxemia puerperal, 2; embolia puerperal, 1; neumonía lobal puerperal, 3; lo que da una mortalidad de 7 y una fracción despreciable por mil, mortalidad que es sumamente baja en un hospital donde las pacientes llegan después de un embarazo pletórico en miseria, desgastadas físicamente por el trabajo rudo y agotadas por el número de embarazos anteriores y de abortos, muchos de éstos, tal vez provocados, para agravar así, inconcientemente su cuadro de ruina física

El número de niños nacidos en el hospital alcanzó a la cifra de 1,957 debido a que hubo 1,938 partos y de ellos 19 fueron gemelares. De estos hubo 167 natimueitos o sea 84 por mil, habiendo muerto a consecuencia de debilidad congénita, muy especialmente durante las primeras 72 horas un número de 47 niños o sea cerca de 24 por mil y siguiendo como causa principal a la debilidad congénita, la heredosífilis. Entre los natimueitos, la sífilis, la eclampsia materna, desprendimiento de placenta y la toxemia gravídica, ocuparon lugar prominente en el obituario infantil. De este número de 167 natimueitos, 94 eran legítimos y 73 ilegítimos; 34 eran varo-

nes y 39 hembras entre los ilegítimos y 54 varones y 40 hembras entre los legítimos.

RESUMEN DEL MOVIMIENTO HOSPITALARIO

Partos eutócicos y distócicos	1,938
Abortos inevitables	251
Retención placenta	48
Amenaza de aborto	79
Toxemias gravídicas, observaciones y altas provisionales	223
Total	2,539
Babies nacidos y atendidos en el Hospital	1,957
Total asistencias	4,496

DISPENSARIO

Este servicio funciona los lunes, miércoles y viernes, haciéndose reconocimiento a las gestantes, pelvimetría, exámenes de exudados vaginales, investigaciones de albúmina y exámenes de orina en aquellos casos en que se sospecha alguna afección cardiorrenal, y examen de los aparatos circulatorios y respiratorios.

El número de pacientes que solicitaron consultas en el Dispensario ascendió durante el año, a 3,104.

ASISTENCIA EXTERNA

Este servicio que suple en determinados momentos la falta de camas en el Hospital, ha rendido el siguiente trabajo:

Partos -----	270
Abortos -----	92
Visitas en el puerperio -----	70
Natimueitos -----	17

Es de señalar, haciendo justicia al mérito, que todo el peso de esta labor ha estado a cargo de la nurse comadrona Miss Carmen Díaz quien ha rendido labor muy eficiente lo mismo durante las horas del día que de la noche, en medio de los grandes inconvenientes que tiene la asistencia de un parto en el hogar y de lo que es peor aún, de las ingratitudes y hasta maltrato con que muchos familiares de las parturientas premian la labor de la comadrona, en quien creen ver no ya una enfermera comadrona, sino una vulgar doméstica.

En cuanto al personal del Hospital de Maternidad no sería justo de nuestra parte, ni honesto desde el punto de vista de la verdad que no consignáramos unas líneas para hacer resaltar el concurso eficiente y la labor ardua realizada por todo el personal del plantel. El médico auxiliar Dr. Miguel Angel Pardo en todo momento ha estado muy diligente a cumplir con su deber prestando el mayor concurso posible, el que ha sido valioso debido a su buena preparación profesional.

La señorita Cecilia Fonseca constituye el alma de la organización de nuestro Hospital, pues sobre ella descansa no sólo la labor técnica de la sala de operaciones, sala de partos y sala de pediatría, sino además, todo el trabajo de estadística y oficina del hospital. Las comadronas Sras. Georgina González, Ana Salicrup, Srta. Gregoria Rosa y Sra.

Angeles Galán, han realizado una labor no sólo a prueba de toda capacidad, sino también digna del mayor encomio por su vocación y amor hacia las infelices que han necesitado del auxilio de nuestra institución nosocomial.

Las alumnas, con alguna que otra rara excepción, podemos decir que también han realizado una cooperación que merece nuestro reconocimiento gracias a la buena dirección y enseñanza de la Superintendente de los Hospitales Sra. Amparo Díaz de Hernández.

El personal del servicio en general, ha cumplido su deber, manteniendo en condiciones de limpieza e higiene, un edificio viejo como nuestro hospital, el que a pesar de esto, por su organización y por las mencionadas condiciones de higiene y limpieza, continuamente está mereciendo la loa de todos los visitantes.

En cuanto al personal de administración, es también deber nuestro hacer constar, que hemos recibido la mejor cooperación dentro de las circunstancias, y al cual nos vemos obligados a consignar nuestro justo reconocimiento y muy especialmente a la activa y cumplidora administradora Sra. Josefa Moreno de Carreras.

RECOMENDACIONES

1. Insistimos en nuestra reiterada solicitud de la creación de un departamento o sala de aislamiento para los casos infestados, pues no obstante de haber recaído un acuerdo de la Junta de Comisionados en este sentido hace más de un año, aún pende como espada Damocles sobre las puerperas la amenaza de una infección por la imposibilidad de un riguroso y severo aislamiento.

2. Recomendamos que se estudie el modo de que cada hospital tenga su presupuesto separado, de modo que gaste en armonía con el servicio o asistencia que en él se preste, y no girándose contra un fondo común, en el cual tiene la misma o menor asignación de dinero un hospital que tiene una asistencia anual de 2,539 pacientes que otro que escasamente llega a tener 500 pacientes al año.

3. Sugerimos la necesidad de acabar de cambiar los pisos de madera en el hospital, así como entendemos que es inaplazable la pintura interior y exterior del edificio, para ponerlo a tono con las necesidades de estética y con la higiene y limpieza que en su interior existe.

4. Por último, acompañamos como suplemento y para conocimiento de nuestra organización, hojas del duplicado del informe diario del mes de noviembre, de las estadísticas de pacientes del último mes del año económico, 12 hojas del movimiento mensual de pacientes, copias de las hojas de la estadística de nacimientos rendida al Departamento de Sanidad el último mes, y un juego de tarjetas de las que se llevan en la sala de partos y dispensarios.

Y después de esto, sólo nos resta hacer constar nuestro reconocimiento al City Manager del Gobierno de la Capital, Hon. Jesús Benítez Castaño, por el concurso que nos ha prestado tanto en su carácter de Administrador de la ciudad cooperando en todo asunto que a él hemos planteado en beneficio del hospital, bajo nuestra dirección, así como

también por el concurso que nos ha brindado al actuar como Director Interino de Beneficencia por el sensible y doloroso fallecimiento del compañero doctor Manuel Fernández Náter, en quien, en justo tributo a su memoria, tenemos que confesar, siempre y en todo momento, tuvimos un compañero dispuesto a cooperar en bien del hospital, para así de esta manera ayudar del mejor modo a levantar el buen nombre de la Administración de San Juan y laborar en pro de los altruistas principios de humanidad.

Y ahora, para terminar, frente a una labor anual en nuestro hospital, la que se resume en 1,938 partos distócicos y normales, 251 abortos, 79 amenazas de abortos, 48 retenciones de placentas, 223 toxemias gravídicas, observaciones y altas provisionales o sea un total de 2,539 pacientes asistidas como hospitalizadas y 3,104 casos atendidos en el dispensario o sea 5,643 casos, además de 1,947 niños nacidos y tratados en nuestro plantel nosocomial, lo que da un total de 7,600 asistencias, sólo nos resta decir que en lo que a nosotros concierne, rendimos este informe con la mayor tranquilidad de conciencia, sin oír grito alguno acusador, de parte de ésta, porque en el ejercicio de nuestro sacerdocio médico hemos sabido cumplir con nuestro deber.

Dr. Leopoldo Figueroa,
Cirujano Tocólogo, Jefe del
Servicio del Hospital de
Maternidad.

INFORME ANUAL DEL HOSPITAL
DE MATERNIDAD DE
SAN JUAN

HOSPITAL DEL GOBIERNO DE LA
CAPITAL

San Juan, Puerto Rico

AÑO 1934-35.

Una vez más cumplimos con el precepto reglamentario de rendir un informe anual de la labor médica realizada en la Institución nosocomial destinada por el Gobierno de la Capital a prestar asistencia a las que se encuentran en el duro y peligroso pero a la par santo trance de la maternidad.

En tal virtud hacemos las siguientes informaciones:

El número de casos ingresados durante el año fué de 2,863 y se clasifican como sigue:

Partos normales	2,129
Partos prematuros	150
Partos distócicos	45
Partos gemelares	33
Abortos	230
Amenaza de abortos	71
Retención de placenta	45
Toxemias gravídicas, falso parto, enfermedades intercurrentes y altas provisionales	160

2,863

Número de partos 2,357, desde el punto de vista de primiparidad y multiparidad se descomponen como sigue:

Primípara	879
Multipara	1,478

2,357

Abortos externos	166
Abortos en el hospital	164

230

Retención de placenta	45
Placenta previa	8
Eclampsia	19
Perinorrafia	229
Corporrafia	8
Aplicación forcep	17
Versiones	21
Cesáreas	1
Basiotripsia	1
Episiotomia	1
Exudados vaginales	1,202
Negativo	1,161
Positivo	29

Los 2,357 partos incluyendo los 33 gemelares, determinaron las siguientes presentaciones:

O. I. I. A.	1,330
O. I. D. P.	920
O. I. I. P.	4
O. I. D. A.	10
S. I. A.	75
S. I. D. P.	60
S. I. I. P.	1
A. T.	1
M. I. I. P.	3
	2,404

Defunciones maternas	13
----------------------	----

CAUSAS

Septicemia puerperal	2
Eclampsia puerperal	2
Edema pulmonar	1
Asistolia cardíaca	1
Enterocolitis mucomembranosa	1

Hemorragia puerperal ----	2
Colapso cardíaco -----	1
Endocarditis consecutiva po-	
liarditis -----	1
Hemorragia por placenta pre-	
via -----	1
Hemorragia post abortum -	1

13

Coefficiente de mortalidad, menos del 5 x 1,000 en relación con el total de ingresos. Y 51½ x 1,000 en relación con los partos:

Nacimientos 2,380 incluyendo los 33 gemelares:

Los nacimientos por sexo:

Hembras -----	1,207
Varones -----	1,173

2,380

Los nacimientos por raza:

Blancos -----	1,245
De color -----	1,135

2,380

De los 1,145 de color son negros 262.

Estado civil de los padres:

Legítimo -----	1,352
Ilegítimo -----	1,028

2,380

Natimueitos 174 que da una mortalidad de 73 x 1,000.

La mortalidad por sexo fué como sigue:

Hembras -----	86
Varones -----	88

174

La mortalidad por raza:

Blanco -----	67
Trigueño -----	86

Negro -----	21
-------------	----

174

Por estado civil de los padres:

Legítimo -----	91
Ilegítimo -----	83

174

Altas de adultos -----	2,850
------------------------	-------

Altas recién nacidos ---	2,216
--------------------------	-------

Fallecimientos -----	13
----------------------	----

Dispensario -----	4,334
-------------------	-------

Gran total:

Asistencia hospitalaria	2,863
-------------------------	-------

Dispensario -----	4,334
-------------------	-------

Asistencia externa ----	354
-------------------------	-----

7,551

SERVICIO EXTERNO

Partos normales -----	297
-----------------------	-----

Partos prematuros -----	5
-------------------------	---

Partos gemelares -----	2
------------------------	---

304

Abortos -----	47
---------------	----

Amenazas de abortos --	3
------------------------	---

Natimueitos 21, de estos natimueitos fueron por sexo:

Varones -----	11
---------------	----

Hembras -----	10
---------------	----

Por estado civil de los padres:

Legítimos -----	12
-----------------	----

Naturales -----	9
-----------------	---

La mortalidad fetal fué 69 x 1,000.

Considerados el número de partos y abortos de multiparidad y primiparidad, tenemos:

Primiparidad -----	113
--------------------	-----

Multiparidad -----	241
--------------------	-----

Total ----- 354

El total de asistencia externa 354 sumado a la asistencia hospitalaria 9,908 da una suma total de asistencia de 10,262 asistencias prestadas durante el año.

El estado anterior demuestra el movimiento de pacientes en el hospital y fuera del mismo y nada más elocuente para hablar a favor de la labor técnica nosocomial que las estadísticas.

El personal del Hospital ha prestado eficiente cooperación en lo que se refiere especialmente al Médico Tocólogo auxiliar, Dr. Miguel Pardo, y al cuerpo de Enfermeras Graduadas integrado por las Srtas. Cecilia Fonseca, Gregoria Rosa, Juana Masó, Carmen Díaz y recientemente la Sra. Rosario Ramírez Cuervo, así como también las Srtas. Angeles Galán, Herminia Rivera, Amparo Rocafort, quienes cesaron de pertenecer a nuestro plantel debido a haber obtenido posiciones en las cuales mejoraban económicamente.

En cuanto a la administradora Sra. Josefa M. de Carreras, tenemos que hacer presente que hemos recibido toda la cooperación que dentro de la estrechez que las circunstancias económicas la han colocado, le ha sido dable proporcionarnos.

Es de lamentar que las condiciones precarias por que atraviesa el Municipio nos hagan sufrir pérdida de personal competente que nos abandona, no solo debido a la pequeña remuneración que al presente disfruta, sino lo que es más sensible, por la falta de cobro de sus haberes a su debido tiempo.

Entendemos pues que es más que necesario, imprescindible, la reorganización de la Escuela de Enfermeras de modo que ésta funcione con un plan

científico, bien confeccionado, y con obligación de enseñar las materias del mismo, los distintos miembros del Staff del Hospital, de manera a garantizar no sólo una enseñanza bien dirigida, sino para que tengamos la satisfacción de que esas alumnas obtengan una buena preparación que las ponga en condiciones de obtener no un título de enfermera, y sí los conocimientos de enfermera, ya que los títulos en la vida para nada sirven si a ellos no responde la capacidad del profesional.

Tenemos que recomendar sea pintado nuestro Hospital pues realmente se recibe una mala impresión cuando se contrasta el mal estado de pintura con la limpieza de sus camas y sus salas y utensilios, gracias al enorme esfuerzo del personal de limpieza del Hospital y del personal de enfermeras del mismo.

Es necesario también sean arreglados los pisos del Hospital, pues un gran número de lozetas están desprendidas, así como poner a prueba de mosquitos el portaje y percianaje del plantel.

Insistimos nuevamente en la petición que venimos haciendo desde nuestros informes del año 1931 al 32 al presente en la construcción de un departamento de aislamiento para caso sépticos para evitar de este modo el contagio de aquéllos cuyo puerperio evoluciona fisiológicamente.

Reiteramos las recomendaciones que literalmente transcribimos de nuestro informe del año 1933-34 por no haberse tomado acción sobre las cuestiones entonces recomendadas.

1. Insistimos en nuestra reiterada solicitud de la creación de un departamento ó sala de aislamiento para los casos infestados, pues no obstante de haber

recaído un acuerdo de la Junta de Comisionados en este sentido hace más de un año, aún pende como espada Damocles sobre las púerperas la amenaza de una infección por la imposibilidad de un riguroso y severo aislamiento.

2. Recomendamos que se estudie el modo de que cada Hospital tenga su presupuesto separado, de modo que gaste en armonía con el servicio ó asistencia que en él se preste, y no girándose contra un fondo común, en el cual tiene la misma ó menor asignación de dinero un Hospital que tiene una asistencia anual de 2,539 pacientes, que otro que escasamente llega a tener 500 pacientes al año.

3. Sugerimos la necesidad de acabar de cambiar los pisos de madera en el hospital, así como entendemos que es inaplazable la pintura interior y exterior del edificio, para ponerlo a tono con las necesidades de estética y con la higiene y limpieza que en su interior existe.

Cerramos este informe haciendo constar que un movimiento de pacientes con una mortalidad de menos de 5 x 1000 y una natimortalidad de 73 x 1000 es motivo de legítimo orgullo para el Gobierno de la Capital y de interna satisfacción para el Jefe de servicio, que lo es el suscribiente de este informe, que cree poder repetir las palabras con que cerrara el anterior informe del año pasado, diciendo: "Podemos estar tranquilos porque en el ejercicio de nuestro sacerdocio médico, nuestra conciencia solamente podrá decirnos: habéis cumplido con vuestro deber".

Dr. Leopoldo Figueroa,
Cirujano Tocólogo, Jefe del
Servicio, Hospital de
Maternidad.

INFORME ANUAL DEL HOSPITAL
DE MATERNIDAD DE SAN JUAN,
RENDIDO POR EL JEFE DEL SER-
VICIO Y CIRUJANO TOCOLOGO, DR.
LEOPOLDO FIGUEROA,
AÑO 1935-36.

Hon. Comisionado de Beneficencia,
Gobierno de la Capital,
San Juan, P. R.
Señor:

Cumplo con el precepto reglamentario de rendir el informe del movimiento de pacientes habidos durante el año ecoternidad de San Juan, bajo nuestra dirección, y que ha sido como sigue:

Partos eutócicos y distócicos:

El número de partos ha ascendido en total a 2,446 y de ellos 2,263 han sido partos normales, 119 partos prematuros, 33 partos gemelares y 31 partos distócicos, o sean, 2,446 en total. Las intervenciones en los casos distócicos nómico 1935-36, en el Hospital de Mahan sido 15 versiones, 13 aplicaciones de forceps, 3 cesáreas, 1 colporrafia, 1 traquelorrafia y 113 perinorrafias. Además 159 curetajes por retenciones de placentas y abortos incompletos, en su casi totalidad de origen externo. En cuanto a retención de placenta postpartum, hubo durante el año 23 casos.

Abortos:

El número de abortos ascendió a 248, de ellos 185 fueron de origen externo, habiendo habido además 44 amenazas de aborto en los cuales se evitó el que el embarazo fuera interrumpido.

En adición a los 2,446 partos, los 248 abortos y las 44 amenazas de abortos, las 23 extracciones de placenta, hubo

52 casos de toxemia gravídica, 16 de eclampsia gravídica y post-partum, 2 casos de mola hidatiforme y 12 casos de placenta previa, 26 casos de altas provisionales con 2,969 de altas definitivas.

La mortalidad materna fué de 17 casos en el año, o sea, menos del 6 x 1000.

Del número de parturientas, 770 fueron primíparas y 1,676 múltiparas, y en los casos de abortos, 77 fueron primíparas y 230 múltiparas.

El número de defunciones ascendió a 17, lo cual considerados con el número de partos, abortos, toxemias gravídicas, extracciones de placenta, eclampsia, mola y altas provisionales ascendente a 2,969, dá una mortalidad de un poco menos de 6 por mil.

Nacimientos:

La cifra de nacimientos alcanzó a 2,479 y de altas fueron 1,278 varones, 1,201 hembras y de los cuales 1,431 fueron legítimos y 1,048 ilegítimos, siendo de ellos 114 negros, 1,058 tri-gueños y 1,037 blancos.

Las presentaciones en que nacieron fueron del modo siguiente:

O. I. I. A.	1,720
O. I. D. P.	622
O. I. I. P.	6
S. I. I. A.	78
S. I. D. P.	39
M. I. I. A.	9
M. I. D. P.	3
A. T.	2

2,479

La mortalidad infantil ascendió a 83 casos, o sea, menos del 40 por mil, y el

número de natimueitos a 166, o sea, una natimortalidad de 70 por mil.

De los 166 natimueitos, 98 fueron varones y 68 hembras, 99 fueron legítimos y 67 naturales, habiéndose dado de alta 2,238 babies.

Exudados vaginales:

Se tomaron 823 muestras y de ellas 42 fueron positivas de gonococo y 781 negativas.

El número de altas fué de 2,943 y provisionales de 26 o sea, 2,969, que fué el número de ingresos.

Dispensario:

El número de casos tratados durante te el año en el dispensario ascendió a 4,061, habiéndose hecho diagnóstico del embarazo, pelvimetría, tratamiento toxemia gravídica, consejos de eugenesia y tratamiento de puericultura.

Servicios domiciliarios:

Fueron atendidos en las casas 243 casos, los cuales fueron 234 normales, 7 prematuros y 2 gemelares, siendo de ellos, 48 en primíparas y 195 en múltiparas. Se asistieron además a domicilio 62 casos de abortos, de los cuales 11 fueron de primíparas y 51 múltiparas.

Nacimientos:

De los casos de partos asistidos a domicilio, hubo 245 nacimientos, habiéndose dos más que en el número de partos, debido a que hubo dos partos gemelares. De estos nacimientos, 135 fueron varones y 110 hembras, 106 legítimos y 139 naturales, 29 negros, 84 tri-gueños y 132 blancos.

Resumen:

Número de partos atendidos en el hospital	2,446
Número de partos atendidos a domicilio	245
	<hr/>
	2,691
Abortos en el hospital	248
Abortos a domicilio	62
	<hr/>
	310

Asistencia de partos y abortos	3,001
Asistencia en el dispensario ..	4,061

7,062

Ahora es nuestro deber consignar la labor tan intensa como la desarrollada por nosotros en el Hospital de Maternidad del Gobierno de la Capital, donde se han asistido 3,001 y atendido en el dispensario 4,061, que hacen un gran total de asistencia de 7,062 casos, solo podríamos haber llevado a la práctica contando con el concurso eficiente del personal técnico integrado por el Dr. Miguel Angel Pardo, la Srta. Cecilia Fonseca, Jefe de la Sala de Operaciones y Encargada de la Oficina del plantel, y las enfermeras comadronas, Srtas. Gregoria Rosa, Carmen Díaz, Juana Masó y Rosario Cuerbos, quienes no han escatimado esfuerzo alguno para que el éxito coronara nuestros esfuerzos.

Somos por tanto deudores de un tributo de gratitud a este competente y laborioso personal que de modo tan recto ha sabido cumplir con el mandato del deber y con los principios de humanidad.

En cuanto a la Administración a cargo de la Sra. Josefa Carreras tenemos también que decir que en todo momen-

to hemos tenido de parte de ella el más decidido concurso en nuestra labor hospitalaria.

En lo que respecta al Director del Servicio, Dr. Rafael López Sicardó, es justo consignar también que en medio de las estrecheces en que el Departamento por él dirigido se ha debatido en el año a que se contrae este informe, de acuerdo con los recursos disponibles, ha procurado en todo tiempo darnos la cooperación solicitada.

Recomendaciones:

Nos vemos precisados a reiterar las que venimos haciendo desde el año económico 1933-34, que literalmente copiamos de dicho informe, por aún estar incompletas, apesar del transcurso del tiempo y que son como siguen:

1. Insistimos en nuestra reiterada solicitud de la creación de un departamento o sala de aislamiento para los casos infestados, pues no obstante de haber recaído un acuerdo de la Junta de Comisionados en este sentido hace más de un año, aún pende como espada Damocles sobre las púerperas la amenaza de una infección por la imposibilidad de un riguroso y severo aislamiento.

2. Recomendamos que se estudie el modo de que cada hospital tenga su presupuesto separado, de modo que gaste en armonía con el servicio o asistencia que en él se preste, y no girándose contra un fondo común, en el cual tiene la misma o menor asignación de dinero un hospital que tiene una asistencia anual de 3,001 pacientes que otro que escasamente llega a tener 500 pacientes al año.

3. Sugerimos la necesidad de acabar de cambiar los pisos de madera en el hospital, así como entendemos que es

inaplazable la pintura interior y exterior del edificio, para ponerlo a tono con las necesidades de estética y con la higiene y limpieza que en su interior existe.

Hechas estas recomendaciones, sólo nos resta pedir una vez más atención a las mismas para que en unión de la satisfacción de conciencia por haber cumplido con nuestro deber, tener también la satisfacción de decir que hemos tenido en todas las demandas que hemos

hecho por el bien del nombre del plantel y en garantía de la salud de aquellas personas que en el duro dolor de la maternidad las hace tocar en nuestras puertas en demanda de los auxilios de la ciencia para ellas, y para el fruto de la concepción.

Dr. Leopoldo Figueroa,
Cirujano Tocólogo, Jefe del
Servicio del Hospital de
Maternidad.

INFORME ANUAL DEL HOSPITAL DE MATERNIDAD DEL GOBIERNO DE LA CAPITAL RENDIDO POR EL JEFE DEL SERVICIO Y CIRUJANO TOCOLOGO, DR. LEOPOLDO FIGUEROA

AÑO 1936 - 37

Hon. Comisionado de Beneficencia,
del Gobierno de la Capital,
San Juan, P. R.
Señor:

Atiendo al mandato del deber al rendir el presente informe de las actividades habidas en el Hospital de Maternidad del Gobierno de la Capital durante el año económico 1936-37.

El movimiento de ingreso de pacientes. Cifra que si la adicionamos el número durante el año alcanzó a la cifra de 2,766 y se desglosa como a continuación vamos a expresar.

El número de partos expresados mensualmente durante el año es el siguiente:

NUMERO DE NACIMIENTOS EN EL AÑO 1936-37

Julio -----	198
Agosto -----	192

Septiembre -----	216
Octubre -----	219
Noviembre -----	230
Diciembre -----	205
Enero -----	192
Febrero -----	178
Marzo -----	190
Abril -----	194
Mayo -----	194
Junio -----	196
Total -----	2,404

Si se suman los nacimientos de éstos doce meses tendremos que la cifra de nacimientos alcanza a 2,404.

ABORTO

Las asistencias por casos de abortos fué como sigue:

Abortos inevitables de origen

externo y terminado en el hospital -----	136
Abortos inevitables asistidos en el Hospital de Maternidad	85
Amenaza de abortos (abortos evitados) -----	89
	<hr/>
	310

RETENCION DE PLACENTA

El número de casos asistidos alcanzó a once y el número de altas provisionales ascendió a cuarenta y uno.

Si se suma el número de partos que es de 2,380, con el de abortos, amenazas de aborto, retenciones de placentas, dos casos de mola hidatiforme y 63 altas provisionales, se verá que la cifra total es de 2,766, igual al número de ingresos.

Ahora, si descomponemos el número de partos, tendremos, que hubo 2,207 partos eutócicos, 132 partos prematuros, 41 partos distócicos y 24 partos gemelares, lo que totaliza 2,404 nacimientos.

PRESENTACIONES

O. I. I. A. -----	1,597
O. I. D. P. -----	667
S. I. I. P. -----	75
S. I. D. P. -----	48
A. I. T. I. -----	9
A. I. T. D. -----	2
M. I. I. A. -----	6
	<hr/>
	2,404

Como puede verse las presentaciones fueron 70% en O. I. I. A. y 30% en O. I. D. P.

El número de partos como sabemos alcanzó a 2,380, pues la diferencia entre éstos y el número de nacimientos que es de 2,404, se explica porque hubo 24 partos gemelares, teniendo lugar los partos 767 en primíparas y 1613 múltiparas, o sea, 32% de las parturientas fueron primíparas y 68% múltiparas.

En los 2,404 nacimientos la natimortalidad alcanzó a 195, o sea, 81 por mil, la mortalidad infantil fué de 68, o sea, 28 por mil, siendo la mortalidad materna de 20, o sea, 8 por mil.

Como nota complementaria diremos que el número de casos de eclampsia tratados fué de 20, con una mortalidad de 3 o sea, 150 x 1000 en relación con el número de casos de eclampsia tratados y 1.2 x 1000 en relación con el número de partos asistidos; seis casos de placenta previa con una mortalidad de 2, o sea, 331½% en relación con los casos tratados por placenta previa y 0.8 por 1000 en relación con el número de partos y dos de mola hidatiforme.

DISPENSARIO

El número de gestantes que han asistido durante el año al dispensario para ser reconocidas y al propio tiempo recibir indicaciones eugenésicas, fué de 4,133, sin incluir en esta cifra el número de gestantes y madres que acudieron unas para consultas para ellas y otras para consultas e indicaciones de puericultura, y sin incluir tampoco las curaciones umbilicales y oculares efectuados en babies dados de alta, y que son traídos al hospital hasta estar completamente bien.

SERVICIO EXTERNO

Este servicio, que no obstante no estar creado por ordenanza alguna, y por tanto no ser obligatorio prestarlo a nuestra institución benéfica, se presta en casos especiales en que se carece de cama en el Hospital y las condiciones de las pacientes demandan atención inmediata, funcionó durante el año con el siguiente resultado:

Partos asistidos a domicilio--	198
Partos gemelares -----	3
Partos prematuros -----	3
Abortos -----	8
<hr/>	
Total Asistencias -----	212

El número de natimueitos fué de 8, ó sea, 40 por mil.

RESUMEN DE LA ASISTENCIA

HOSPITALARIA

El número de gestantes y madres asistidas en el hospital ascendió a 2,766, y el número de recién nacidos asistidos fué de 2,319, lo que da una asistencia entre madres e hijos de 5,085. De otro lado el número de gestantes atendidas en el dispensario fué de 4,133, que sumado a las asistencias intra-hospitalaria da un total de 9, 218 asistencias. Cifra que si le adicionamos el número de 198 asistencias externas, dá un gran total de asistencias de 9,416.

RECOMENDACIONES

Transcribimos de nuestro informe de años anteriores las siguientes recomendaciones:

1.—Insistimos en nuestra reiterada solicitud de la creación de un departamento o sala de aislamiento para los casos infestados, pues no obstante de haber recaído un acuerdo de la Junta de Comisionados en este sentido hace más de un año, aun pende como espada Damocles sobre las puérperas la amenaza de una infección por la imposibilidad de un riguroso y severo aislamiento.

2.—Recomendamos que se estudie el modo de que cada hospital tenga su presupuesto separado, de modo que gaste en armonía con el servicio o asistencia que en él se preste, y no girándose contra un fondo común, en el cual tiene la misma o menor asignación de dinero un hospital que tiene una asistencia anual de de 2,766 madres y 2,319 babies, que otro que escasamente llega a tener 500 pacientes al año.

3.—Sugerimos la necesidad de acabar de cambiar los pisos de madera en el hospital, así como entendemos que es inaplazable la pintura interior y exterior del edificio, para ponerlo a tono con las necesidades de estética y con la higiene y limpieza que en su interior existe.

4.—Recomendamos se pongan a prueba de mosquitos todas las salas del hospital y demandamos el aumento del personal de enfermeras que es insuficiente para los servicios del hospital así como también el del personal de servicio.

GRATITUD

Y ahora solo nos resta hacer constar nuestro reconocimiento por la eficiente cooperación que para realizar los trabajos antes expuestos, hemos recibido de todo el personal técnico del Hospital y muy especialmente de nuestro auxiliar

el doctor Miguel Angel Pardo y de la Srta. Cecilia Fonseca, Head Nurse a cargo de la Sala de Operaciones y de la oficina del Hospital, y quien con su clara inteligencia y buena organización en los records y estadísticas nosocomiales, grandemente nos ha ayudado a la con-

fección del presente informe.

De Ud. atentamente,

Dr. Leopoldo Figueroa,
Cirujano Tocólogo y Jefe del Hospital de Maternidad del Gobierno de la Capital de San

INFORME ANUAL DEL HOSPITAL DE MATERNIDAD DEL GOBIERNO DE LA CAPITAL

AÑO ECONOMICO 1937 - 1938

Hon. Director de Beneficencia del Gobierno de la Capital,
San Juan, P. R.

Señor:

En cumplimiento de uno de mis deberes como Jefe del Hospital de Maternidad y Cirujano-Tocólogo del mismo rindo a usted a continuación el informe anual de la labor realizada en el mencionado Hospital de Maternidad durante el año económico 1937-38.

El número total de ingresos ascendió a 2,886 y por mes fué como sigue:

Julio 1937	256
Agosto	229
Septiembre	256
Octubre	248
Noviembre	246
Diciembre	252
Enero 1938	238
Febrero	219
Marzo	245
Abril	223
Mayo	246
Junio	228

2,886

El número total de partos asistidos en el Hospital durante el año ha sido de

2,301, de cuyos casos 753 fueron en mujeres primíparas, y 1548 en múltiparas. El número mensual de estos partos es como sigue:

PARTOS

Julio 1937	205
Agosto	185
Septiembre	197
Octubre	195
Noviembre	198
Diciembre	193
Enero 1938	207
Febrero	178
Marzo	191
Abril	172
Mayo	192
Junio	188
	2,301

En estos partos hubo 153 prematuros, 27 gemelares, uno triple, 28 distócicos, y 2092 partos eutócicos, lo que hace un total de 2,301.

Los casos distócicos fueron resueltos por versiones, forceps, cesáreas y basiotripsia.

Las presentaciones en estos 2,301 partos fueron como sigue:

O. I. I. A. -----	1,313
O. I. D. P. -----	816
O. I. I. P. -----	15
O. I. D. A. -----	12
S. I. I. A. -----	52
S. I. D. P. -----	77
S. I. I. P. -----	10
A. T. -----	4
M. I. I. A. -----	2
	<hr/>
	2,301

Octubre -----	6
Noviembre -----	1
Diciembre -----	7
Enero 1938 -----	3
Febrero -----	3
Marzo -----	4
Abril -----	4
Mayo -----	7
Junio -----	8
	<hr/>
	62

El por ciento de O. I. I. A. fué 57% y
y el de O. I. D. P. 35%.

ABORTOS

El número total de abortos fué 174 que
se descomponen por mes, del siguiente
modo:

Julio 1937 -----	14
Agosto -----	14
Septiembre -----	13
Octubre -----	13
Noviembre -----	14
Diciembre -----	15
Enero 1938 -----	12
Febrero -----	19
Marzo -----	13
Abril -----	20
Mayo -----	13
Junio -----	14
	<hr/>
	174

AMENAZAS DE ABORTOS

(Abortos Evitados)

Estos fueron 62 casos en que el emba-
razo continuó su curso evitándose fue-
ra malogrado el fruto de la concepción
y ellos tuvieron lugar como sigue:

Julio 1937 -----	10
Agosto -----	3
Septiembre -----	6

ABORTOS INCOMPLETOS

La asistencia de abortos que comenza-
ron en la casa y que fueron ingresados
al Hospital para la terminación de los
mismos fué de 142 casos, los cuales tu-
vieron lugar como sigue:

Julio 1937 -----	13
Agosto -----	10
Septiembre -----	8
Octubre -----	7
Noviembre -----	18
Diciembre -----	14
Enero 1938 -----	9
Febrero -----	12
Marzo -----	15
Abril -----	11
Mayo -----	11
Junio -----	14
	<hr/>
	142

De estos 142 casos de abortos incom-
pletos, externos, 44 fueron terminados
por curetaje uterino. (13% abortos en
relación asistencias)

RETENCION DE PLACENTAS

El número de casos traídos e ingresa-
dos en el Hospital con retención de pla-

centa para su extracción fué de diez y tuvieron lugar como sigue:

Septiembre 1937 -----	1
Octubre -----	3
Noviembre -----	2
Diciembre -----	1
Febrero 1938 -----	3
-----	10

Mola Hidatiformes solamente hemos tenido trēs casos durante el año, dos en el de agosto y uno en noviembre de 1937.

TOXEMIAS GRAVIDICAS

Fueron asistidos 39 casos durante el año.

ALTAS PROVISIONALES

La cifra de éstas, por falso parto fué de 127, mientras que las altas por traslado a otros Hospitales o a la casa por tratarse de afecciones ginecológicas, médicas o quirúrgicas y no obstétricas fueron 28.

Diagnósticos y traslados por afecciones ginecológicas, médicas, o quirúrgicas, no obstétricas-- 28

2,886

ECLAMPSIAS

Entre los 2,886 casos que fueron atendidos en el Hospital, según explicación que anteriormente hemos hecho, merece especial señalamiento el número de casos de eclampsias habidos que fué de 16, siendo en 12 casos gravídica y 4 post-partum. Los casos de eclampsias tuvieron lugar como sigue:

Julio 1937 -----	1
Agosto -----	2
Septiembre -----	1
Noviembre -----	2
Diciembre -----	2
Febrero 1938 -----	1
Abril -----	3
Mayo -----	1
Junio -----	3
-----	16

ASISTENCIA HOSPITALARIA

El número total de casos asistidos en el Hospital fué durante el año, 2,886 que se desglosan del modo siguiente:

Partos -----	2,301
Abortos -----	174
Amenazas de abortos -----	62
Abortos incompletos -----	142
Extracciones de placenta por re-	
tención de las mismas -----	10
Toxemias gravídicas -----	42
Diagnósticos y altas provisiona-	
les por falso parto -----	127

De estos casos solamente uno falleció con un por ciento de 0.4 x 1000 de mortalidad por eclampsia, en relación con los casos asistidos de partos. Asistencia por eclampsias 5.5 x 1000.

PLACENTA PREVIA

También merece que hagamos men- ción por separado del número de casos de placentas previas al igual que hicimos con la eclampsia y que ascendió a 7 te- niendo lugar una en el mes de julio, una en septiembre, de 1937, una en diciem- bre 1937, dos en febrero de 1938, una en

marzo y una en mayo, de los cuales solamente falleció uno.

SEPTICEMIA PUERPERAL

Solamente ha habido tres casos durante el año con una mortalidad de uno de ellos.

DEMENCIA PUERPERAL

Hemos tenido 5 casos durante el año. Dos en el mes de agosto 1937, uno en diciembre, uno en marzo, 1938 y otro en junio, de cuyos casos uno murió, tres curaron en el Hospital y uno pasó a la casa.

DESGARRE DEL PERINE

Las perinorrafias hechas por desgarrres ascendieron a la cifra de 87 en los 2,301 casos de partos. 3.7 por 1000 en relación con el número de partos.

MORTALIDAD MATERNA

El número de defunciones durante el año de los 2,886 pacientes asistidos, ha sido de 20 que tuvieron lugar en los meses siguientes:

Agosto 1937	-----	3
Octubre	-----	1
Noviembre	-----	2
Diciembre	-----	3
Enero 1938	-----	1
Febrero	-----	1
Marzo	-----	5
Abril	-----	2
Mayo	-----	1
Junio	-----	1

20

Las causas de la mortalidad fueron las siguientes:

- 3 Profusa hemorragia gravídica por desprendimiento prematuro de la placenta.
- 1 Demencia Puerperal.
- 3 Edema Pulmonar.
- 1 Pneumonia lobar.
- 1 Nefritis.
- 1 Eclampsia gravídica.
- 1 Hemorragia por placenta previa.
- 1 Septicemia puerperal.
- 1 Dilatación aguda del estómago.
- 2 Shock cardíaco de origen pulmonar.
- 2 Hemorragia post-partum.
- 1 Asistolia cardíaca de origen pulmonar.
- 1 Toxemia gravídica.
- 1 Dilatación gástrica aguda.

20

El coeficiente de mortalidad en relación con la asistencia fué 6.9 x 1000.

NACIMIENTOS

El número de nacimientos ascendió a 2,331 contra 2,301 partos lo que se explica por el hecho de haber habido 28 partos gemelares y uno triple.

De estos 2,331 nacimientos 1,122 fueron varones y 1,209 fueron hembras, de los cuales 1084 fueron blancos, 1006 tri-gueños, y 241 negros, y siendo de éstos 1,280 legítimos y 1,051 ilegítimos.

NATI- MORTALIDAD

El número de nati-muertos fué de 188, explicándose mensualmente como sigue:

Julio 1937 -----	26
Agosto -----	12
Septiembre -----	12
Octubre -----	14
Noviembre -----	13
Diciembre -----	16
Enero 1938 -----	20
Marzo -----	13
Febrero -----	11
Abril -----	9
Mayo -----	19
Junio -----	20

	188

Coeficiente de nati-mortalidad 76 x 1000 en relación con el número de nacimientos.

MORTALIDAD INFANTIL

La cifra de defunciones infantiles alcanzó a 75, que por mes fué como sigue:

Julio 1937 -----	7
Agosto -----	4
Septiembre -----	8
Octubre -----	6
Noviembre -----	4
Diciembre -----	10
Enero 1938 -----	6
Febrero -----	0
Marzo -----	5
Abril -----	6
Mayo -----	8
Junio -----	11

	75

Coeficiente de mortalidad infantil 32 x 1000.

Las principales causas de mortalidad en los nati-muertos fueron: Parto prematuro, sífilis, desprendimiento prema-

turo de la placenta, eclampsia, placenta previa, y en los casos de mortalidad infantil, fué la debilidad congénita, ictero neonatorum, hemorragia umbilical, y compresión cerebral.

ASISTENCIA EN EL DISPENSARIO

El número de gestantes tratadas durante su embarazo en el dispensario ascendió a 4,402 y siendo por meses como sigue:

Julio 1937 -----	348
Agosto -----	329
Septiembre -----	444
Octubre -----	353
Noviembre -----	360
Diciembre -----	303
Enero 1938 -----	302
Febrero -----	331
Marzo -----	455
Abril -----	360
Mayo -----	382
Junio -----	435

	4,402

SERVICIO EXTERNO

El número de partos asistidos a domicilio por personal del Hospital ascendió a 353 y que por meses fué como sigue:

Julio 1937 -----	27
Agosto -----	34
Septiembre -----	25
Octubre -----	27
Noviembre -----	15
Diciembre -----	14
Enero 1938 -----	29
Febrero -----	25
Marzo -----	15
Abril -----	57

Mayo -----	33	Legítimos -----	154
Junio -----	52	Ilegítimos -----	204
	<hr/>		<hr/>
	353		358

De estos partos cinco fueron gemelares y veintisiete prematuros y tuvieron lugar en cincuenta y nueve mujeres primíparas, y doscientos noventa y cuatro múltiparas.

EXTRACCIONES DE PLACENTA

Agosto 1937 -----	1
Octubre -----	1
Noviembre -----	1
Febrero 1938 -----	1
Junio -----	1
	<hr/>
	5

ABORTOS

El número de casos atendidos a domicilio ascendió a 102, siendo en su mayoría casos de abortos incompletos.

AMENAZAS DE ABORTO

La cifra ascendió a 27.

MORTALIDAD MATERNA

Ninguna.

NACIMIENTOS

Fueron 358 contra 353 partos, en los cuales hubo 3 gemelares. De estos 358 nacimientos fueron:

Varones -----	156
Hembras -----	202
	<hr/>
	358

NATI-MORTALIDAD

El número de nati-muertos fué de 22 y por meses como sigue:

Julio 1937 -----	3
Agosto -----	3
Septiembre -----	2
Octubre -----	2
Noviembre -----	2
Diciembre -----	1
Enero 1938 -----	3
Febrero -----	2
Marzo -----	0
Abril -----	0
Mayo -----	0
Junio -----	4
	<hr/>
	22

El coeficiente de mortalidad fué de 62 x 1000 y fué especialmente la causa de dicha muerte en el claustro materno la sífilis, desprendimiento prematuro de la placenta, y toxemia gravídica.

La asistencia total prestada a domicilio fué como sigue:

Partos -----	353
Abortos -----	102
Amenazas de aborto -----	27
Extracciones de placenta -----	5
	<hr/>
	487

RESUMEN DE ASISTENCIA

Asistencia en el Hospital
2,886 pacientes

Asistencia en el dispensario	4,402 gestantes
Asistencia en el servicio externo	487 pacientes
<hr/>	
Total:	7,775 casos.

RECOMENDACIONES

1. Reiteramos nuestra demanda de que se construya a la mayor urgencia un Departamento para casos infectados de modo que el aislamiento pueda hacerse en nuestro Hospital, y no nos veamos precisados a tener que cerrar la puerta de la asistencia a los casos infecciosos, velando así por el no contagio de los casos cuyos puerperios evolucionan en condiciones infecciosas.

2. Es de imprescindible necesidad y de inmediata urgencia el proveer al Hospital de un equipo completo de esterilización, pues las condiciones en que se encuentra el que actualmente presta servicios ya no ofrece la suficiente garantía que demandan las exigencias asépticas.

3. Urgimos la terminación de los pisos de lozeta del Hospital, de modo que la limpieza sea más cómoda, rápida y sobre todo efectiva.

4. Demandamos el que se pongan a prueba de mosquitos las salas del Hospital, pues durante el año hemos tenido que lamentar repetidos casos de malaria.

5. Solicitamos que no sólo se mantenga si no se aumente el servicio externo de Maternidad, pues dado a que nuestro Hospital sólo cuenta con un número de cincuenta camas, dichas camas son insuficientes para atender como es de desear la demanda de una población

como la de San Juan, de más de 100,000 almas, y ello sin contar los casos de los pueblos limítrofes que por carencia de hospital apropiado acuden a ser clandestinamente introducidos como casos de la municipalidad en nuestro Hospital.

6. Reiteramos que se estudie el modo de que cada hospital tenga su presupuesto separado, de modo que gaste en armonía con el servicio o asistencia que en él se presta, y no girándose contra un fondo común, en el cual tiene la misma o menor asignación de dinero un hospital que tiene una asistencia anual de 2,886 pacientes que otro que escasamente llega a tener 500 pacientes al año.

CONSIDERACIONES GENERALES

Es nuestro deber consignar nuestra gratitud a los funcionarios de la Administración del Gobierno de la Capital, de quienes hemos recibido franca cooperación, y muy especialmente al Director de Beneficencia, Dr. Blas C. Herrero, así como al personal encargado del servicio profesional del Hospital de quienes hemos recibido un auxilio eficiente. Así tenemos que dar crédito a la labor de nuestro auxiliar Dr. Miguel Pardo, quien asidua y devotamente nos ha ayudado en la ardua labor que hemos reseñado. También seríamos injustos si no pusiéramos de manifiesto la magnífica cooperación prestada y la eficiente labor rendida por la Sra. Cecilia Fonseca, Headnurse a cargo de la sala de operaciones, de la Oficina y Estadísticas del Hospital. Esta enfermera, sacerdotiza del deber, es sin duda alguna el alma de nuestra institución nosocomial. Las demás enfermeras graduadas, Sra. Gregoria de Martínez, Sra.

Rosario de Cuervo, Sra. Cruz Dionisí, Sra. Carmen Moret, y Srtas. Juanita Massó y Carmen Díaz, en unión de las alumnas de enfermeras, han estado en todas las ocasiones a la altura del deber, probando que no solamente tienen los conocimientos que la ciencia demanda a una enfermera, sino la vocación y abnegación que la piedad le exige a la profesión.

La administradora de los hospitales, Sra. Pepita Carreras, también nos ha prestado en todos momentos cooperación sincera y eficiente, que ha contri-

buído grandemente a la resolución de muchos de los problemas hospitalarios.

Y ahora, sólo nos resta para terminar repetir como en nuestros informes de años anteriores, que en lo que nosotros compete, nos sentimos satisfechos de nuestra labor profesional y humana, pues en ella sólo nos ha guiado y hemos seguido un norte: el cumplimiento del deber.

Dr. Leopoldo Figueroa
Jefe y Cirujano-Tocólogo
Hospital de Maternidad.

Boletín de la Asociación Médica de Puerto Rico

Avenida Manuel Fernández Juncos, Parada 19
Santurce, P. R.

Año XXX	Julio, 1938.	No. 7
---------	--------------	-------

Editor y Administrador:

Dr. E. Martínez Rivera

Editores Asociados:

Dr. Leopoldo Figueroa

Dr. Pedro S. Malaret

Dr. David E. García

Dr. J. Noya Benítez

Dr. L. Gaetán Roberts

NOTICIAS MEDICO-SOCIALES

Asamblea del Distrito de Aguadilla:

El domingo 17 del cursante mes se celebró en la ciudad de Aguadilla la asamblea anual de la Asociación Médica de aquel distrito, habiéndose presentado los siguientes trabajos científicos:

1.- Diagnóstico de la Sífilis en el Laboratorio, Dr. Oscar Costa Mandry.

2.- "Pie de Madura", Dr. R. Busó Carrasquillo.

3.- Forma de Tuberculosis que ocurren en los niños. Presentación de clisés, Dr. J. Rodríguez Pastor.

4.- Edema Nutricional, Dr. Antonio Ortíz.

5.- Tratamiento moderno de la epilepsia, Dr. R. Arrillaga Torrens.

A esta reunión, que resultó verdaderamente interesante, asistió un gran número de compañeros de toda la isla, demostrando plenamente el gran interés que despierta entre los médicos asociados la celebración de dichos actos.

Después del programa científico la concurrencia fué espléndidamente obsequiada por la Asociación Médica del Distrito.

Nuestra felicitación más efusiva para los organizadores de este magnífico acto médico-social, que esperamos sirva de estímulo para los directores de aquellas asociaciones de distrito en las cuales no se ha celebrado aún la reunión anual.

Dr. Manuel Díaz García:

Recientemente embarcó hacia el Norte, en compañía de su distinguida esposa, el compañero cuyo nombre encabeza estas líneas.

Algo quebrantada su salud por motivo de la árdua labor que ha venido desarrollando últimamente, es el principal objeto de este viaje del querido colega tomarse un descanso que le permita reponerse de sus energías perdidas.

Sinceramente esperamos que el compañero logre el objeto de sus merecidas vacaciones por el extranjero

Dr. Eduardo Garrido Morales:

Acaba de ser honrado con un título honorífico de Doctor en Ciencias por la Universidad de Luisiana, nuestro estimado compañero, el Dr. Eduardo Garrido Morales, activísimo Comisionado de Sanidad de Puerto Rico.

Con el objeto de recibir tan alto honor, el Dr. Garrido Morales se ha trasladado al Norte, en compañía de su distinguida esposa.

Reciba el compañero nuestra más cálida felicitación por tan merecido honor.

Dr. Ernesto Quintero:

En gestiones relacionadas con la campaña antivenerea próxima a iniciarse en nuestra Isla por el Departamento de Sanidad embarcó hacia el norte nuestro apreciado amigo y colega, Dr. Ernesto Quintero.

Deseamos al Dr. Quintero toda clase de éxitos en sus gestiones y una muy grata permanencia en el Continente.

Dr. E. Martínez Rivera:

Tras una corta estadía en los Estados Unidos, a donde fué con el propósito de asistir al Congreso de la Asociación Nacional Antituberculosa en su calidad de Delegado del Capítulo de Puerto Rico de dicha institución, ha regresado a nuestro país nuestro querido amigo y editor-en-jefe de nuestro Boletín, el Dr. E. Martínez, Rivera.

Reciba el estimado colega nuestra más cordial bienvenida.

Dr. A. Navas Torres:

Hemos tenido el gusto de saludar en nuestra capital, a su regreso del Continente, en donde estuvo por más de un año, al querido colega cuyo nombre encabeza estas líneas.

El Dr. Navas, quien durante un año estuvo especializándose en la Universidad de Pensilvania en enfermedades de los ojos, ha abierto su consultorio en el

tercer piso del edificio Victory Garden, de esta capital, donde se ofrece a las órdenes de todos sus compañeros de la Isla.

Al reiterar nuestro saludo desde estas columnas al estimado compañero, le deseamos toda clase de éxitos en su nueva especialidad.

Próxima reunión del Distrito de San Juan:

De regreso de su viaje al Continente, el Dr. E. Martínez Rivera, presidente de la Asociación Médica del Distrito de San Juan, se propone reanudar las conferencias mensuales que ha venido auspicando la Asociación, y con tal propósito ha confeccionado, para tener efecto en la noche del 23 de agosto próximo, un "symposium" sobre "**Las sinusitis en los niños**", en el cual tomarán parte los siguientes compañeros:

Dr. Antonio Ortiz, Aspectos pediátricos.

Dr. J. H. Font - Puntos de vista del otorrinolaringólogo.

Dr. José Landrón - Diagnóstico radiológico.

Dr. Luis M. Morales - Complicaciones neurológicas.

La directiva del Distrito Norte se complace en invitar para dicho acto a todos los compañeros de la Isla, y muy especialmente a los del distrito de San Juan.



PLASTULES HEMATOGENAS CONTRA LA ANEMIA

Una dosificación pequeña, la fácil asimilación y resultados excelentes, todo esto constituye peculiaridades de las Plástules Hematógenas. La dosis diaria que se recomienda, de sólo tres Plástules Hematógenas Simples, es por lo general suficiente para inducir una reacción temprana en los casos de anemia secundaria. Las Plástules Hematógenas evitan la necesidad de administrar oralmente grandes cantidades de hierro, estimulan al paciente a que coopere con el médico y provee una forma económica de medicación ferrosa . . . Se invita a los médicos a que pidan muestras e impresos sobre las Plástules Hematógenas Simples y las Plástules Hematógenas con Extracto de Hígado.



THE BOVINEY COMPANY, CHICAGO, ILLINOIS, U. S. A.

MUESTRAS Y MATERIAL DESCRIPTIVO A SOLICITUD.
Distribuidores: CASTAGNET & CASTILLO CO., Box 418 (41 Tanca St.) San Juan, P. R.



Todos los gatos son pardos

Por lo menos de noche según reza el adagio popular. También para el médico que no ha investigado las emulsiones de aceite mineral, todas son iguales. Todas son indicadas para el estreñimiento.

- Sin embargo conviene discernir. Cuando se examina Agarol, sobresale por derecho propio.
- Ninguna otra emulsión de aceite mineral le supera en eficacia, ni en sabor, ni en carencia de oleosidad. El minucioso cuidado con que se elabora Agarol, la excepcional calidad de sus componentes lo proclaman, en verdad, único.
- Al médico que ha probado emulsiones de aceite mineral y ha sufrido no pocas decepciones y está dispuesto a poner a prueba el lógico, básico, sencillo principio en que se fundamenta Agarol, se le extiende una cordial invitación a QUE LO ENSAYE.

Escribanos en una hoja de su recetario y le enviaremos folleto explicativo y una generosa muestra de Agarol. El procedimiento más expeditivo de conocer un producto que por sus méritos debe figurar en la terapéutica del médico moderno.



WILLIAM R. WARNER & CO. INC., 113 West 18th St., New York

PICRATOL

de WYETH

Eficaz en el tratamiento de la VAGINITIS
causada por TRICOMONAS VAGINALIS

Picratol Compuesto de Wyeth en Polvo, proporciona un tratamiento cómodo, práctico y económico de la vaginitis causada por tricomonas vaginalis. Es una mezcla suave, que no irrita, de Picratol de Wyeth al 1%, disperso en caolin, concentración que según lo ha demostrado la investigación clínica es, en general, eficaz contra este organismo.

Cuando se aplica el Picratol, Compuesto de Wyeth en Polvo, por medio de un insuflador adecuado y se suplementa con el uso de los Supositorios Vaginales de Picratol de Wyeth, se reduce el curso normal del tratamiento a un período de dos semanas, o sea, un período más corto del que se requiere generalmente para dominar la infección.

Impresos descriptivos a solicitud.

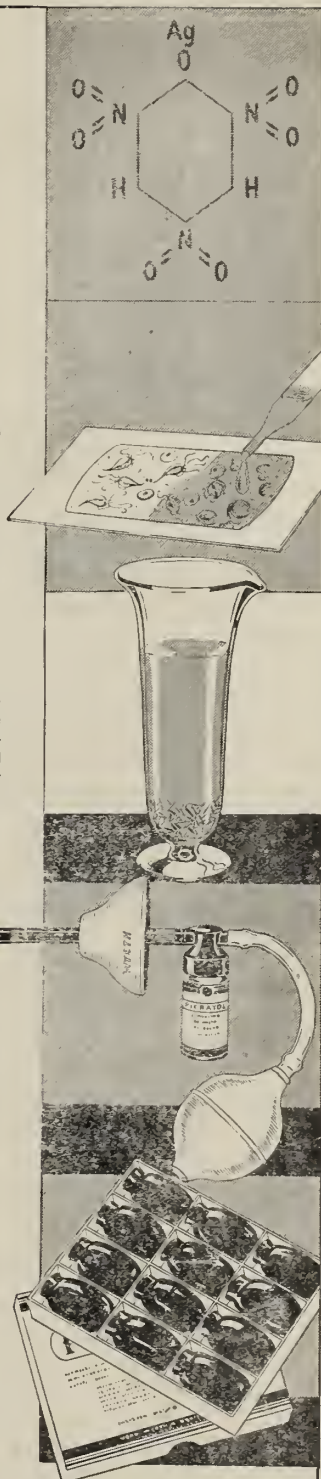
PICRATOL ofrece...

Un Colorante Amarillo que posee marcada afinidad con los tejidos al entrar en contacto con ellos.

Una fuente de Suministro de Iones de Plata, eficaz en concentraciones que al quedar limitadas por su baja solubilidad (1 por ciento) impiden acción coagulante alguna.

Un medio conveniente de tratar en el Consultorio la Vaginitis causada por lo Tricomonas Vaginalis. Técnica de Insuflación con Polvo Seco.

Un Tratamiento Casero Auxiliar (Supositorios) para obtener acción continua entre unas y otras visitas al médico.



JOHN WYETH & BROTHER, INCORPORATED, Philadelphia, Pa., E. U. A.

MUESTRAS Y MATERIAL DESCRIPTIVO A SOLICITUD.
Distribuidores: CASTAGNET & CASTILLO CO., Box 618 (1 Tanca St.) San Juan, P. R.

Insignias de Médico



Nos place informar a nuestros compañeros que ya tenemos nuevamente en existencia las insignias para automóviles con el nombre de nuestra asociación.

El precio de dichos emblemas es de \$2.50 cada uno, y los socios podrán adquirirlo dirigiéndose al suscribiente o en el edificio de la Asociación.


Dr. ANTONIO ORTIZ,
Tesorero.

Las
TORCEDURAS, *los* ESFUERZOS
y las DISLOCACIONES....

de los deportes modernos crean una
constante demanda de

Antiphlogistine

Su propiedad de conservar el calor más
sus cualidades estimulantes sobre los te-
jidos, aumentan la comodidad y acortan
el período de convalecencia del pacien-
te impaciente.

Muestra y literatura descriptiva a solicitud 

THE DENVER CHEMICAL MFG. CO.

163 Varick St.,

- Nueva York, E. U. A.

LUIS GARRATÓN & HNO. S. en C.

P. O. Box 1541

- San Juan



EL arsénico puede usarse sin peligro en la amibiasis con el uso del Carbarsonne. El tratamiento es rápidamente eficaz, no se necesitan drogas adicionales, y en la mayoría de los casos no se interviene con los quehaceres del enfermo.

Durante la disentería amibiana aguda, pónganse enemas de retención de

2 Gmo. de Carbarsonne en 200 cc. de una solución caliente de bicarbonato de sodio.

En las formas subaguda y crónica de la enfermedad, recétese el Carbarsonne en púlvules (cápsulas llenas), de 0.25 Gmo., dos veces al día por espacio de diez días y repítase según se requiera.

Lilly

ELI LILLY AND COMPANY
INDIANAPOLIS, INDIANA, E.U.A.

HARVARD UNIVERSITY
SCHOOL OF MEDICINE AND PUBLIC HEALTH
LIBRARY
20 OCT 1958

No. 8

PUBLICACION MENSUAL

Santurce, Puerto Rico

Entered as second class matter, January 21, 1931 at the Post Office at San Juan, Porto Rico, under the act of August 24, 1912.

INDICE



PAGINA

Toxemias of Pregnancy, Jenaro Suárez, M. D., Santurce, P. R.	287
Cancer of the Rectum, J. Noya Benítez, M. D., Santurce, P. R.	296
Acrocephalosyndactylism of Apert — A case re- port and a brief review of the literature, Fer- nando Asencio Camacho, M. D., Arecibo, P.R.	309
Noticias Médico-Sociales	315

SUSCRIPCION ANUAL TRES DOLARES

Casa Baldrich, San Juan, P. R.

GLEFINA

PODEROSO RECONSTITUYENTE FORMULA

Cada 100 c. c. de GLEFINA contiene:

Glefinol	0,125 grs.
Extracto de malta	16,000 "
Hipof. de manganeso	0,036 "
" " calcio	0,036 "
" " quinina	0,014 "
" " estriquina	0,004 "
" " potasio	0,052 "
Jarabe de cacao	30,000 "
Ext. fluído de naranjas amargas	1,000 "
V. c. s. para 100 cc. de producto.	

ANDROMACHUS CORPORATION

LONG ISLAND CITY, NEW YORK

ENRIQUE VELEZ POSADA

Calle O'Donell Núm. 12, Box 1018, San Juan, P. R.

Tin-Tabs [Cole]

IN THE TREATMENT OF

Staphylococcic Skin Lesions

Tin and tin oxide are successfully employed in the treatment of Staphylococcic skin lesions. Through a pharmacologic action as yet obscure, furuncles and other pustules promptly disappear, making surgical incision unnecessary. Resorption of the residual nodule occurs shortly thereafter.

Tin-Tabs (metallic tin 1-4/5 gr.; stannous oxide, 1/2 gr.; sucrose, 1 gr.; amylum, 1 gr.) may be used as prophylactic or active therapy in acne vulgaris, furunculosis, carbuncles, and in some forms of impetigo. Dosage: One or two tablets three times daily after meals.

E-B-Z Ointment (Cole)

An efficient antipruritic, anesthetic, and antiseptic ointment. Used with success in hemorrhoids, urticaria, chronic skin ulceration, and eczema. Contains ergot (extract equiv.), 10%; benzocaine, 1%; zinc oxide, 10%; balsam Peru, 3%; phenol, 2%; oil Pinus pumilionis, 1/2%; combined with lanolin, castor oil and petrolatum compound base, q. s.

Samples and literature sent to physicians on request.

COLE CHEMICAL CO. St. Louis Mo. EE. UU.

DISTRIBUIDOR:

ENRIQUE VELEZ POSADA

Calle O'Donell No. 12, Box 1017 - San Juan, Puerto Rico.

4 Empleos Importantes* del CASEC

CASEINATO DE CALCIO

★DIARREA

La rapidez con la que el Casec cohibe la diarrea constituye un factor importante en la yugulación de la deshidratación que convierte la diarrea infantil en un problema clínico de tanta gravedad. Al mismo tiempo, el Casec restituye el calcio perdido en las deposiciones. Además, su riqueza en proteína sirve para fomentar la histogenia en los lactantes que las constantes cámaras han extenuado.

El Casec está especialmente indicado en el tratamiento de la flojedad de vientre en los niños criados al pecho, la diarrea fermentante (cólera nostras) en los niños criados al biberón, y la diarrea en los niños mayorcitos.

★DESNUTRICION Y BAJO PESO

Los lactantes que no revelan aumento satisfactorio de peso y manifiestan defectuosa turgidez cutánea reaccionan frecuentemente a la proteína y calcio (reconocidos como importantes factores autógenos) agregados al régimen habitual en forma de Casec.

Administrado en esta forma, el Casec da excelentes resultados en los niños prematuros y los que sufren de marasmo debido a la alimentación impropia.

★ENFERMEDAD CELIACA

La reacción a los tratamientos de cualquier género en la enfermedad celiaca es lenta, pero es indispensable suministrar una alimentación pobre en grasa, y rica en proteína y calcio. Como el Casec llena ese cometido, resulta el alimento de elección para la primera parte del régimen trifásico recomendado por muchos autores, y acostúmbrase a emplearlo durante todo el período, junto con otros alimentos proteicos en la segunda parte del tratamiento y combinado con cereales después.

★COLICO

Con el Casec se obtiene mejoría casi inmediata en el cólico debido a incapacidad para digerir la grasa. Suministrando una mezcla de Casec y agua antes de la mamada y acortando ésta algo, es posible realzar las proteínas contenidas en el alimento, mermando simultáneamente la ingestión de grasa e hidrocarbonados.

El Casec resulta particularmente útil en el tratamiento de los trastornos nutritivos del verano. Hállase de venta en todas las boticas y consérvese indefinidamente.

Muestras y un nuevo folleto sobre el Casec a la disposición de los Sres. Médicos.



Mead Johnson & Co., Evansville, Ind., E.U.A.

• Enrique Velez Posada, P. O. Box 1018, San Juan



KAOMAGMA

MAGMA ALUMINAE ET KAOLINI

- adsorbe las toxinas intestinales
- detiene la diarrea
- suspende la deshidratación
- suaviza la mucosa inflamada

KAOMAGMA es una preparación del caolin medicinal más fino cuya capacidad de adsorción se ha activado varias veces por medio de la dispersión fluida en gel de óxido de aluminio. Kaomagma da firmeza y solidez a las heces líquidas e impide la disminución de la cantidad de líquidos como ocurre en los estados diarreicos. Adsorbe gases, mucosidades y toxinas bacterianas, lo que evita toda nueva irritación de la mucosa intestinal. Al mismo tiempo, su acción suaviza y protege decisivamente la membrana que tapiza los intestinos, reduciendo el dolor y la incomodidad y acelerando el retorno de la función intestinal normal.

*Kaomagma Simple y Kaomagma con Aceite
Mineral se surte en frascos de 175 c. c.*

JOHN WYETH & BROTHER INCORPORATED
PHILADELPHIA, PA., E. U. A.

MUESTRAS Y MATERIAL DESCRIPTIVO A SOLICITUD.
Distribuidores: CASTAGNET & CASTILLO CO., Box 618 (1 Tanca St.) San Juan, P. R.



PARA UNA

Prolongada Acción

ANTIFEBRIL Y
DESCONGESTIVA

— APLIQUE —

NUMOTIZINE

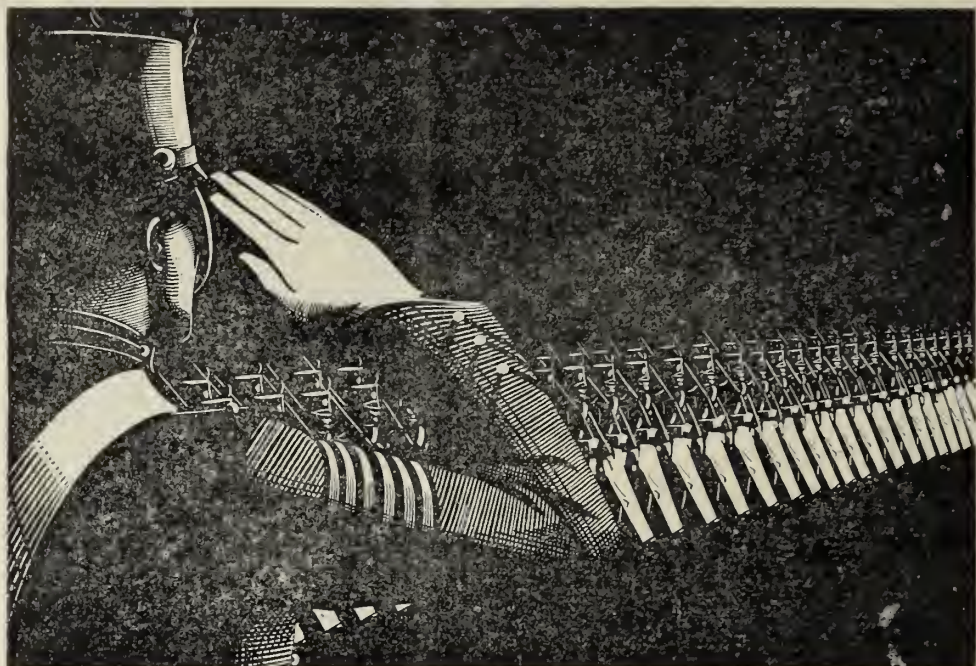
Aplicándola prontamente sobre el sitio de la inflamación o congestión, Numotizine alivia rápidamente el dolor, y por sus efectos hiperémicos ayuda a disipar la congestión.

La absorción lenta y constante por la piel de las drogas analgésicas y antipiréticas que contiene—guayacol y creosota—produce una acción antifebril constante y prolongada sin interferir con las funciones digestivas.

NUMOTIZINE, INC.

900 No. Franklin Street

Chicago, Ill., E. U. A.



LA DISCIPLINA

“La disciplina es el desarrollo de las facultades con instrucción y ejercicio.” Cuando se descuida una función como la hora habitual de evacuación intestinal por falta de disciplina o inteligencia, se necesita una educación cuidadosa para que recupere su estado normal . . . Petrolagar ha demostrado ser un medio agradable y eficaz para ayudar al establecimiento de la disciplina intestinal. Como se mezcla con el contenido del intestino, Petrolagar aumenta el volumen de las deposiciones reduciéndolas a una masa blanda que sale fácilmente . . . Petrolagar se prepara en cinco tipos que proporcionan al médico una variación en el tratamiento según las necesidades individuales de cada paciente. Petrolagar Laboratories, Inc., 8134 McCormick Blvd., Chicago, Ill., E. U. A

Petrolagar es una emulsión mecánica de petrolato líquido puro (65% por volumen) y de agar-agar. Aceptado por el Consejo de Farmacia y Química de la Asociación Médica Americana para el tratamiento del estreñimiento.

Petrolagar

MUESTRAS Y MATERIAL DESCRIPTIVO A SOLICITUD.
Distribuidores: CASTAGNET & CASTILLO CO., Box 618 (1 Tanca St.) San Juan, P. R.



¿De Dónde Viene y a Dónde Va el Reumatismo?

Nadie sabe de dónde procede ni qué complicaciones traerá. El reumatismo surge de pronto, siembra su irreparable mal y causa dolores sin cuento. El tratamiento debe conseguir combatirlo con rapidez si ha de ser eficaz. Mas, ¿podrá sufrirlo el paciente?

Sí podrá si ATOPHAN constituye parte del tratamiento porque ATOPHAN alivia prontamente el dolor, reduce con rapidez la inflamación y la congestión y hace bajar la fiebre. Además ATOPHAN acrecenta la eliminación de ácido úrico y restringe su formación.



Con ATOPHAN se quita el dolor reumático y es posible el empleo de procedimientos fisioterápicos como el calor, los masajes, el ejercicio físico.

De ahí que no haya sustituto del ATOPHAN, el original ácido fenilcinconínico purificado, en el tratamiento eficaz de las afecciones reumáticas y artríticas, la neuritis y la neuralgia.

ATOPHAN
para el reumatismo



SCHERING & GLATZ, INC., 113 W 18TH ST., NEW YORK CITY

Un antiácido

más segura . . .

Amphojel (Gel de Oxido de Aluminio Wyeth) es una suspensión coloidal, parecida a la crema y de gusto agradable, de óxido de aluminio hidratado, $\text{Al}_2(\text{OH})_6$, capaz de neutralizar en una hora no menos de 12 veces su volumen de jugo gástrico conteniendo un 0.36% de ácido clorhídrico. Así es cómo 3.7 c.c. de Amphojel neutralizará más de 44 c.c. de este jugo, o la correspondiente menor cantidad de una secreción más concentrada. Está casi exenta de sales, es flúida y agradable al paladar y tiene un ligero sabor de menta.

IMPRESOS DESCRIPTIVOS A SOLICITUD.



**JOHN WYETH & BROTHER
INCORPORATED**

Philadelphia, Pa., E. U. A.

MUESTRAS Y MATERIAL DESCRIPTIVO A SOLICITUD
Distribuidores: CASTAGNET & CASTILLO CO., Box 618 (1 Tanca St.) San Juan, P. R.

PICRATOL

de WYETH



Eficaz en el tratamiento de la VAGINITIS causada por TRICOMONAS VAGINALIS

Picratol, Compuesto de Wyeth en Polvo, proporciona un tratamiento cómodo, práctico y económico de la vaginitis causada por tricomonas vaginalis. Es una mezcla suave, que no irrita, de Picratol de Wyeth al 1%, disperso en caolin, concentración que según lo ha demostrado la investigación clínica es, en general, eficaz contra este organismo.

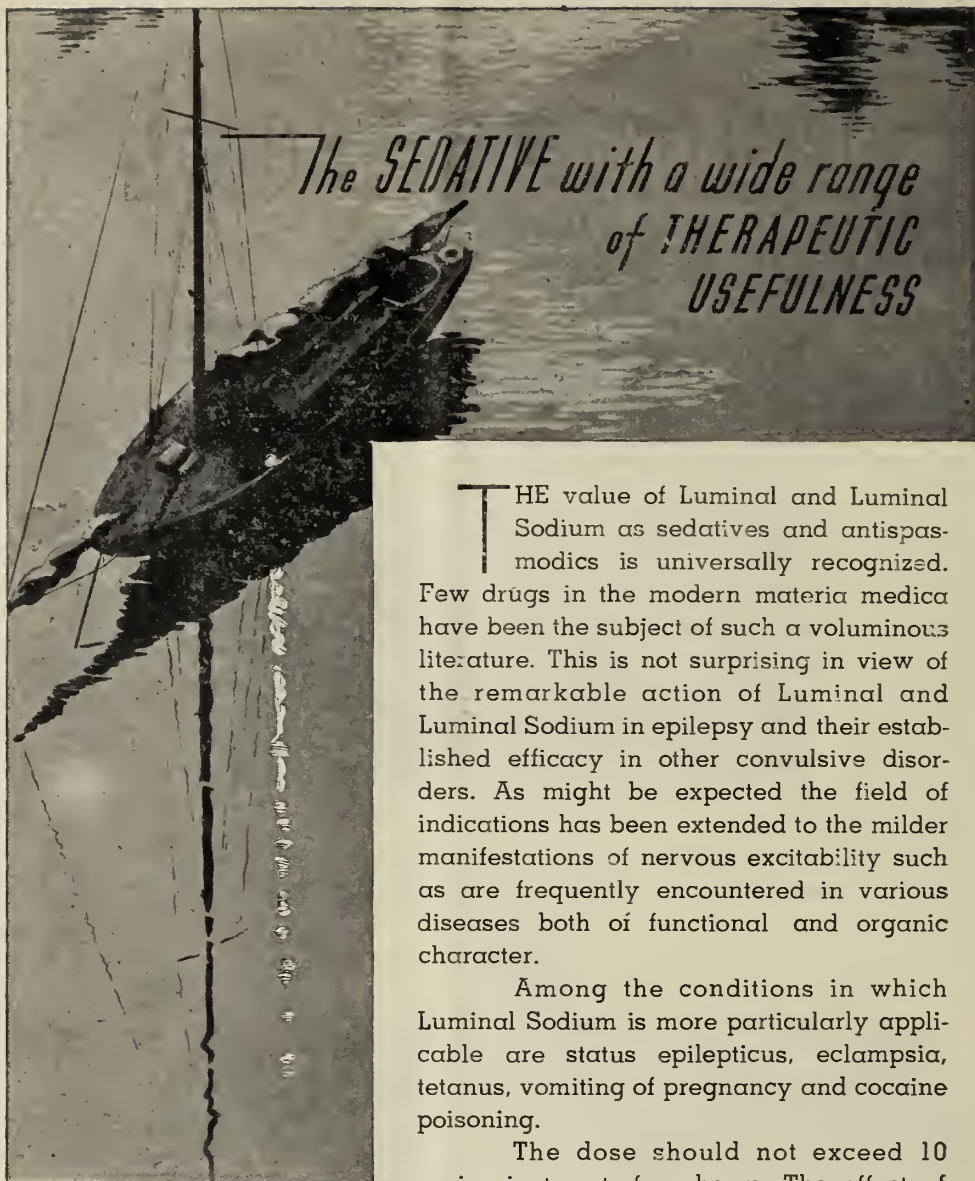
Siguiendo un estudio del efecto, in vitro, del picrato de plata sobre los cultivos viables de los tricomonas vaginalis, y gracias al desarrollo de métodos de diagnóstico exactos por medio de una técnica mejorada de laboratorio, se probó que muchos centenares de pacientes tuvieron una remisión total de los síntomas clínicos y de laboratorio, después del tratamiento con Picratol de Wyeth, durante un período de sólo dos semanas. Ocurrieron muy pocas recidivas y algunas de ellas parecen haber sido reinfecciones.

Cuando se aplica el Picratol, Compuesto de Wyeth en Polvo, por medio de un insuflador adecuado y se suplementa con el uso de los Supositorios Vaginales de Picratol de Wyeth, se reduce el curso normal del tratamiento a un período de dos semanas, o sea, un período más corto del que se requiere generalmente para dominar la infección.

Impresos descriptivos a solicitud.

JOHN WYETH & BROTHER INCORPORATED
PHILADELPHIA, PA., E. U. A.

MUESTRAS Y MATERIAL DESCRIPTIVO A SOLICITUD
Distribuidores: CASTAGNET & CASTILLO CO., Box 618 (1 Tanea St.) San Juan, P. R.



HOW SUPPLIED: Luminal and Luminal Sodium, tablets of $\frac{1}{4}$ and $\frac{1}{2}$ grain, bottles of 100; tablets of $1\frac{1}{2}$ grains, bottles of 50. Also Elixir of Luminal ($\frac{1}{4}$ grain to teaspoonful), bottles of 4 oz. and 12 oz.; Luminal Sodium ampules (2 grains and 5 grains), boxes of 5, 25 and 100.

THE value of Luminal and Luminal Sodium as sedatives and antispasmodics is universally recognized. Few drugs in the modern materia medica have been the subject of such a voluminous literature. This is not surprising in view of the remarkable action of Luminal and Luminal Sodium in epilepsy and their established efficacy in other convulsive disorders. As might be expected the field of indications has been extended to the milder manifestations of nervous excitability such as are frequently encountered in various diseases both of functional and organic character.

Among the conditions in which Luminal Sodium is more particularly applicable are status epilepticus, eclampsia, tetanus, vomiting of pregnancy and cocaine poisoning.

The dose should not exceed 10 grains in twenty-four hours. The effect of such large doses should be closely watched.

LUMINAL

Trademark Reg. U. S. Pat. Off. & Canada

Brand of PHENOBARBITAL

WINTHROP CHEMICAL COMPANY, INC.

Pharmaceuticals of merit for the physician

NEW YORK, N. Y.

WINDSOR, ONT.

Factories: Rensselaer, N. Y.—Windsor, Ont.

594 M



MUESTRAS Y MATERIAL DESCRIPTIVO A SOLICITUD.
PROPRIETARY AGENCIES, INC. - 21 Comercio St., San Juan, P. R.



BOLETIN DE LA ASOCIACION MEDICA

DE PUERTO RICO

PUBLICADO MENSUALMENTE BAJO LA DIRECCION DE LA JUNTA EDITORA

Año XXX

AGOSTO, 1938.

No. 8

TOXEMIAS OF PREGNANCY *

JENARO SUAREZ, M.D.

Santurce, P. R.

Introduction

The toxemias of pregnancy constitute one of the most important and interesting problems in the field of obstetrics—important because they contribute so much, directly and indirectly, to maternal and fetal morbidity and mortality, and, indirectly, because we know so little about them from an etiologic point of view. We have much empiric knowledge, both from the clinical and laboratory standpoints, but we know relatively little about the causation and ultimate effect of this group of conditions known as the toxemias of pregnancy.

The scope of this article will be limited to a review of the literature of the new work which has been done upon the subject in the past two or three years.

The incidence of toxemias

The incidence of toxemias of pregnancy for the Cornell University Clinic is 15.6% and for the Johns Hopkins Clinic, 9.4%, as reported by Stander; Washington University Clinic, 3.8%, according to Swarz and Wegner, and

6.7% for the University of Chicago. A comparative estimate of the number of patients with toxemia of pregnancy for the United States this year would be 100,000. Thus, some idea is given of the importance of the toxemias of pregnancy to both the individual and the race.

In Puerto Rico the incidence of toxemias and eclampsia is not known, but the following table which was kindly prepared by Dr. Basora on the mortality per 10,000 total births from puerperal eclampsia and toxemias of pregnancy between the years 1933-1937 show the following figures:

MORTALITY PER 10,000 TOTAL BIRTHS FROM
PUERPERAL ECLAMPSIA AND TOXEMIAS OF
PREGNANCY.

YEARS 1933-1937.

Years	Eclampsia		Toxemias of Pregnancy	
	Deaths	Rates	Deaths	Rates
1933	109	16.4	12	1.8
1934	76	10.8	16	2.3
1935	99	13.7	3	0.4
1936	98	13.3	15	2.0
1937	93	12.7	7	1.0

* Paper read at the School of Tropical Medicine, April 7, 1938.

Clinical varieties of toxemias of pregnancy

Toxemias of pregnancy are an heterogeneous group of complications incidental to pregnancy. Hypernemesia gravidandum, which is usually grouped with the toxemias, has relatively nothing in common with the late toxemias of pregnancy.

The classification of the late toxemias of pregnancy has been the subject of much discussion in recent years. There has been a general tendency toward the simplification of this classification. At the present time the toxemias can be grouped under the following headlines: Pre-eclampsia and eclampsia, essential hypertension, vascular renal disease, nephritis and nephrosis. We are chiefly concerned with pre-eclampsia and eclampsia. It is here that the most marked variations influencing metabolism occur. It is here, too, that the proper approach to the treatment offers the best results.

The blood pressure

The blood pressure in the early months of pregnancy is very low, varying between 60 to 130 systolic and 30 to 90 diastolic. This is normal judging from thousands of computation made in various reputable clinics in the United States and Europe. It slowly rises in the third trimester, but does not exceed 130, as the maximum normal limit. In abnormal states, the blood pressure may reach very high registrations through the later months. There is a physical reason for the low blood pressure in the early months—it is to con-

cern the embryo. Were the blood pressure high at this stage, severe maternal hemorrhage would increase the extravasations about the delicate fetal membrane and a large percentage of the early pregnancies would consequently be lost. In the third trimester, high maternal blood pressure leads to grave placental disease and grave fetal secretory disturbances. *It can be put down as a fairly constant rule that progressive maternal high pressure is the cause of placental sclerosis.* Sclerosis of the placenta, by cutting down nutrition, will in time bring starvation of the embryo. We do not get placental infarctions (marginalis or centralis) in cases of uncomplicated toxemias — take for instance the absence of infarctions in eclamptic cases. Nor does the fetus succumb in utero owing to the acute toxemia. Again, notice the high percentage of living children born of eclamptics, in spite of forceful methods of delivery so frequently employed. Acute eclamptics have placental singularities free from sclerotic infarctions. Placental sclerosis, whether marginal or central, is usually very slow in development. Browne 56% of patients with toxemia, hypertension was the only evidence. Early rise in blood pressure followed by prolonged intervals of normal blood pressure is a frequent warning of a future hypertension and toxemia occurs in 65% of these cases. Edema does not cause hypertension or vice versa. In 75% of cases of toxemia hypertension is the earliest sign.

The danger is when the hypertension is persistent and progressive. Corwin and Herrick believe if blood pressure is 150

or more it is very rare to have a living child.

Renal function in the toxemias of pregnancy

Innumerable reports have been published in the past 50 years, some confirming and others denying that permanent renal damage occurs in patients with pre-eclampsia and eclampsia.

Reports from various German clinics indicate that permanent renal damage from eclampsia or pre-eclampsia is unusual even actually rare. Schlutz, in 1932, in a follow-up study of 780 toxemic patients, from 1900 to 1930, was able to examine 124. He found 13 or 10.5% with hypertension and albuminuria. In the same clinic in 1925, Noverman studied 60 patients who have had eclampsia or pre-eclampsia in the preceding 25 years and found 14 to 23.4% with hypertension or albuminuria. Seven years later, when these same 14 patients were seen by Schlutz, their condition had not been made worse. *Therefore, he concludes that the renal affections of eclampsia always heal, and that the evolution into chronic nephritis is exceptional.* It is usually possible to discover some other cause for renal disease in the history of such patients. There is lack of agreement among the British authors, but the majority believe that a considerable proportion of the patients with eclampsia have resultant permanent renal damage.

Stander, Peckham and Harris in the United States, state that from 20 to 75% of the toxemic patients have evidence of *chronic nephritis* when examined one year later. There is no doubt

that the occurrence of toxemia predisposes to a recurrence in subsequent pregnancies. Young and Sym state that from 40 to 45% of the patients with eclampsia have some evidence of toxemia in subsequent pregnancies. At the Chicago Lying-in Clinic, in a series of 438 toxemic patients, 90 or 20% gave histories of previous toxemia. In 29 patients with histories of convulsions in previous pregnancies, 26 or 90% had some evidence of toxemia during the pregnancy under observation.

An explanation of these complicating reports may be found in the criteria used in making a diagnosis of nephritis. For the past 25 years the diagnosis of chronic nephritis was made by the obstetrician on the basis of the presence of hypertension, albuminuria and edema. *The emphasis on the renal factors in the toxemias* has persisted to the present. Such names as "*the kidney of pregnancy*", "*low reserve kidney*", and "*chronic nephritis in pregnancy*", head sections of our most recent textbooks and leave little doubt that the majority of obstetricians, in thinking of the toxemia of pregnancy, still incriminate the kidney. Consequently, when the results of the toxemias came to be studied a few years ago, it was found that many pre-eclamptic and eclamptic mothers were left with permanent hypertension. It was very natural to conclude that these women had suffered some degree of kidney damage from the original pre-eclamptic or eclamptic attack, so that a residuum of chronic nephritis had resulted. *Actually what evidence of kidney damage do these cases show?* If it were true that toxemias of pregnancy are frequently followed by chronic nephri-

tis as the obstetricians believe, it would be only natural to expect these patients with permanent kidney injury to manifest regularly the ordinary signs of chronic nephritis, such as *albuminuria*, *low renal function*, and *characteristic changes at autopsy*.

Recent studies have shown that patients with this chronic nephritis in pregnancy often show *normal renal function*. Peckham and Stout showed that neither phenosulphophthalein excretion test nor the mosenthal concentration test is of value in differentiating chronic nephritis in pregnancy from the acute toxemia. Dippel and Eastman followed from year to year and from pregnancy to pregnancy, 48 of these hypertensive women at the Johns Hopkins Hospital and studied their renal function from time to time by means of the blood urea clearance test. The average blood pressure of the group investigated was 193 systolic and 121 diastolic. Most of these patients had been observed for many years, and there can be no doubt that they represented an advanced degree of chronic hypertensive diseases. Yet the urea clearance tests of these women, checked by repeated studies at varying intervals, were well within the normal range in over one third of the group; and in only 9 patients was it markedly diminished (below 50% of normal). Over 200 blood chemistry studies on these 48 hypertensive women showed normal figures, with the exception of the specimens taken during the terminal stages, from two women dying in uremia. In 5 cases that were autopsied, the findings were the same—a *generalized arteriosclerosis*.

Clearer thinking will result if in the future obstetricians will regard these chronic hypertensive diseases as *affections of the vascular system*. He will understand that he is dealing with a pathologic arterial tree and will hesitate to impose on these diseased vessels the 50% increase in cardiac output which pregnancy entails. He will not permit the continuance of gestation in clear-cut cases of this disorder and will try to prevent subsequent pregnancies.

It is well known that the chronic hypertensive state is frequently initiated by an acute toxemia, the hypertension of pre-eclampsia and eclampsia persisting indefinitely after the acute manifestations have subsided. It is estimated that between 1/4 to 1/2 of the acute toxemias of late pregnancy eventually terminate in this chronic hypertensive disorder. 25-50%.

Further evidence that vascular changes play an important role in pre-eclampsia and eclampsia is shown by the constancy with which spasms of the retinal arterioles are found. Mylius in 1928 demonstrated that in toxemia of pregnancy associated with rise of blood pressure, the most common lesions of the fundus were spasms and tonic constrictions of the retinal arterioles. In the opinion of Wagner, in the retina of pre-eclamptic patients there is a narrowing of the arterioles because of spasmodic constrictions. In time the spasms cause permanent changes.

The autopsy evidences that the arterial tree exhibits profound changes in eclampsia is numerous. Jaffé reported 10 years ago that in cases of death from eclampsia the cerebral vessels show extensive changes, varying from slight

swelling to actual hyalinization of the vessel wall. Pulmonary edema, so frequently met in eclampsia, is now thought to be due to capillary injury; the well-known liver changes are interpreted in the same light. More recently Braunnmuhl has described in the brains of women dying from eclampsia an ischemic cell disease which he believes due to vasoconstriction.

It may be objected that some of the most characteristic phenomena of eclampsia seen directly associated with kidney such as albuminuria, oliguria, hematuria and casts, but as Irving has shown vascular spasm resembles in its results the experimental clamping of the renal vessels which is followed by albuminuria as soon as the constriction is released, and so the belief is growing that eclampsia and pre-eclampsia is not a disease of the liver, or kidney, or of any individual organ, but *an affection of all the small terminal arterioles*.

Dickman, from the Chicago Lying-in Hospital, in a series of 930 cases of toxemia, 80 of which were cases of eclampsia, found the following findings: The mean for the urea concentration factor was slightly less than that found in non-pregnant individuals. It was apparently $1\frac{1}{2}$ of the mean found for the normal pregnant patient. The urea clearance test in patients with toxemia, hypertension or nephritis, as a rule, *was definitely decreased during the later half of pregnancy*. This impairment is caused by the reduction or delay in the elimination of water and the diminished concentration of urea in urine. *A urea clearance after delivery, which is persistently 50% of the normal or less, indicates renal impairment.*

Studies of the blood chemistry in the non-convulsive toxemias of pregnancy

One hundred sixty-two patients. Several determinations were made in each patient. The average for the serum chloride is 593 mg. %—same as in normal pregnancy. The average CO₂ content of 51 V. % is from 2.5 Vol. % below that of normal pregnancy and from 8 to 15 V. % below that found in non-pregnant patients. Total base differs from that of normal pregnancy in that the decreases are slightly greater.

The P. H. remains within normal range and the condition is one of a compensated alkali or CO₂ deficit. There is no acidosis requiring alkali therapy.

Non-protein nitrogen, urea, uric acid, creatinine and amino-acids are within the range for normal pregnancy (26 to 31 mg.).

The average for plasma total cholesterol in pre-eclampsia ranges from 382 to 234 mg. % for nephritic toxemia, 359-293 mg. %. There is no significant difference from that of normal pregnancy.

The average for hemoglobin in pre-eclampsia ranges from 13.1 to 10.6 gm. and for nephritic toxemia, 13.5 to 12.3 gm. Pre-eclampsia is characterized by a lower and more fluctuant hemoglobin than nephritic toxemia. Because of the low hemoglobin, it is apparent why venesection is contraindicated. After delivery there is a marked decrease in these constituents, amounting to from 15 to 25%. In particular, the serum pretein, both antepartum and first week post-partum, is less than 6%.

Nephritic toxemia and hypertension in pregnancy are characterized by a more steady blood volume and after

delivery the serum protein and hematocrit show much less, if any, fluctuation. The serum protein in the majority of these patients is above 6%.

Cellular changes in the blood in pregnancy and toxemias.

Various types of anemia occurs during pregnancy. The first and most common is the so-called "physiologic anemia" of pregnancy. Kuhnel, in a serial study of 15 patients during pregnancy and puerperium with carefully controlled methods, has demonstrated that there is a gradual drop in hemoglobin, cell volume and erythrocyte count until the 16 - 22 week, when these substances begin to increase.

The second type of anemia of pregnancy occurs in women who have a subnormal hemoglobin in early pregnancy when "physiologic anemia" occurs. *The drop in hemoglobin is so great* that symptoms and signs of anemia occur, which may clear up after delivery, or may persist. This is usually a microcytic type of anemia (70 - 80 u). This group forms the vast portion of anemia in pregnancy and the patient as a rule has no symptoms or signs of the condition.

A third type is rare and is characterized by a large cell, ranging from 90 to 130 cu. u. These patients usually have symptoms and signs of anemia and at times seem to have a toxemia of pregnancy as indicated by edema and albuminuria. The blood smears show all the characteristics of pernicious anemia. As a rule, there are no neurologic findings and the characteristic increase in reticulocytes does not occur after liver therapy.

An anemia occurring in pregnancy with a maternal mortality of 40% and a fetal one of 63% has been repeatedly described in the Indian medical journals. This anemia is due to a deficient diet according to Wills.

According to Dickman, 11% of pregnant patients have an anemia, according to our standards, but if the standards for the non-pregnant patient are used, 63% must be classed as anemic.

A normal decrease and increase in the hemoglobin, cell volume and erythrocyte count occurs during pregnancy. These changes can not be altered by treatment. The fluctuation may amount to 2, 3 or even 6.0 gm., remaining within a period of 4 to 6 weeks.

Knowledge of these marked fluctuations should make one particularly cautious about attributing an increase in the hemoglobin concentration, cell volume and erythrocyte count to any previous therapy. An adequate amount of transfused blood will rise the hemoglobin concentration to normal permanently and relieve all symptoms of anemia.

The prevention of anemia of pregnancy is easier than the cure. An adequate diet is the best prophylaxis. Toxemia is less likely to occur. The patient is better able to tolerate blood loss and the strain of labor. She is less likely to become infected and her recovery is more rapid if there is a normal hemoglobin content.

Treatment.

We are just finishing an epoch in the treatment of the late toxemias of pregnancy where the surgical *termination of gestation* was the most important principle in the treatment. It was felt that

the termination of pregnancy offered the one certain means influencing the cause of the disease, since the exact etiology of this condition is unknown. The end of gestation will usually influence very probably the course of the toxemia, *but the surgical manipulation necessary* for this termination may prove extremely detrimental to the patient. Cesarean section is probably the most dangerous method of treating eclampsia, for it carry with it an extremely high maternal mortality. A large number of statistics have accumulated to show that operative intervention in eclampsia, particularly the Cesarean section, offers the worse prognosis for the patient in a serious condition. Furthermore, in the treatment of pre-eclampsia, operative intervention likewise is a more dangerous procedure than that by medical means, which is followed, if necessary, by induction of labor by simple procedures. The high maternal mortality in the toxemias of pregnancy, as well as in Cesarean section, is due to the high incidence of operative intervention.

The late toxemias of pregnancy, pre-eclampsia and eclampsia, are characterized by marked disturbances in the water balance—clinically, the earliest manifestation of pre-eclampsia may be *the sudden gain in weight*. Whenever a patient gains 6 to 7 pounds a week or 10 days, one must assume that this increase in weight represents, to a large extent, an increased water storage. Edema may or may not be present, depending upon whether the fluid is largely intracellular or extracellular. With the retention of water there occurs a retention and storage of chlorides, for

tissues cannot store water in the absence of sufficient chlorides. A blood chloride, however, fail to increase in amount even during the convulsions, for a balance is always maintained between the blood and the tissues.

If one now carefully estimates the intake and output of fluids, the increasing positive water balance is readily detected. The urinary output which accounts for a considerable amount of the fluid lost gradually diminishes. The urine chloride, likewise, diminishes in amount. In the pre-eclamptic state just previous to the convulsion, the output of urine may be decreased tremendously and with the onset of the convulsions an actual anuria may develop.

Treatment of pre-eclampsia and eclampsia.

In the treatment of these toxemias the normal restoration of water balance is of importance. Theoretically, this can be accomplished by deminishing the intake of fluids and increasing the output. At the Chicago Lying-in Hospital the loss of excessive body fluids is increased by cutting down the salt intake to negligible amounts, thereby favoring a shift of fluid balance from the tissues of the blood stream. The change in chlorides if followed by change in water balance, so that an increased fluid elimination takes place. When the diet and elimination of salt intake fails to accomplish an increase of body fluids and fall of the chlorides, hypertonic glucose solutions is used to establish an adequate diuresis, thus increasing the output of urine by the treatment. The continued intravenous use of hyperchromic glucose solution tends ultimately to restore nor-

mal water balance. If an individual is given 500 cc. of a 20% glucose solution intravenously within a period of 30 minutes, a prompt and satisfactory dyresis occurs. A more marked lack takes place when 30% solution are used and better response when 50% solutions are used.

Treatment of non-convulsive toxemia.

Prophylaxis - The careful observation during pregnancy at frequent intervals offers the best safeguard against the development of serious toxemia. At the Chicago Lying-in Hospital the incidence of toxemia is about 7%, but only rarely does a case of convulsive toxemia develop among the patients under observation. Adequate prenatal care should include a close check on the patient's weight gain, in addition to blood pressure determination and urine analysis. Clinically, the earliest manifestation of a developing toxemia may be an unusually rapid weight gain which is indicative of a disturbed water balance with its fluids and sodium chloride retention. Edema may or may not be present at this time. The average weight gain of normal women during pregnancy is 21 lbs. The weight gain is distributed in such a way that the patient has no increase in her weight at the end of the first trimester, that she gains a half pound per week during the second trimester, and a pound per week during the last three months. Whenever a patient has a weight increase of 6 or 8 pounds in a period of a week or 2 one must assume this sudden increment represents largely increased water storage. Prompt treatment tending to res-

toration of a more normal water balance should be instituted.

The patient should be encouraged to sleep at least 10 hours. In addition, should rest one or two hours in the morning and afternoon. She may be nervous, irritable and unable to secure proper rest, in which case phenobarbital ($\frac{1}{2}$ to $1\frac{1}{2}$ grams two or three times daily) may serve as a sedative.

Diet of carbohydrates and low in protein, salt-poor. If weight is not all due to water retention, fats should be omitted. A maintenance diet of a quart of milk, eggs, some meat, unlimited fruits and vegetable can be used for prolonged period without detriment to patient.

The trend of fluid balance can be ascertained by carefully noting the weight and by measuring the intake and output of fluids. A loss of weight which continues over several days denotes a loss of tissue fluids and a tendency toward the restoration of a more normal water balance. This is likewise indicated by a urinary output which exceeds the fluid intake. The edema should disappear.

Termination of gestation.

The termination of pregnancy offers the certain way of altering the course of the toxemia. It is important to initiate labor.

The pregnancy should be terminated: (a) if the patient's symptoms fail to improve under treatment. (b) if cerebral, visual or gastrointestinal symptoms develop. (c) if jaundice develops. (d) in the presence of cardiovascular impairment. (e) if persistent anuria. Medical induction supplemented by the simple rupture of the membranous tis-

sues suffices at or near term. In some cases the insertion of a small hydrostolic bag. Cesarean section should be considered but rarely and usually only in the event that there is another indication in addition. Always under local anesthesia.

When the convulsions have been brought under control and a satisfactory urinary output has been established by the intravenous administration of hypertonic glucose solution, the interruption of pregnancy can be considered. The rupture of the membrane suffices to initiate labor. Where the cervix is long and uneffaced, the insertion of a small bag into the uterus aids in the induction of labor. Cesarean section is almost never indicated. This operation should be performed only in the event that cephalopelvic disproportion exists.

Diet - Nothing is given by mouth until patient is conscious. Patient then can be fed through nasal tube, starting with 50 cc. of a 10% solution of Karo

syrup plus 50 cc. per hour until a total of 200 cc. per hour is reached.

Treatment of convulsive toxemia.

Sedation - morphine sulphate - gr. $1\frac{1}{4}$ every hour until the convulsions cease or respond; decrease to 8 to 12 Luminal sod. 5 gr. 8 - 12 hours subcutaneously. If magnesium sulphate is used, its administration should be limited to intramuscular injections - 10 cc. of 25% sol. after each convulsion.

A careful check on the urinary output is necessary. A retention catheter should be placed in the bladder so that all the urine can be collected. The intravenous injection of 500 to 1000 cc. of a 20% solution of glucose given in 40 - 60 min. can be given two to three times daily to promote a diuresis. If a satisfactory response is not obtained from this concentration a 30% glucose solution can be used. Sufficient glucose should be administered to insure urinary volume of at least 30 cc. per hour.

CANCER OF THE RECTUM *

J. NOYA BENITEZ, M. D. * * .

Santurce, P. R.

Incidence: The rectum is fifth in the list of primary seats of carcinoma, for over 5% of carcinomas occur there. Over 60% of intestinal cancers are found in the rectum.

There have been five cases of Ca. of the rectum in 2,900 admissions to the University Hospital. Three of these came during the last 24 months of service, in which time there were around 800 admissions. We also saw two cases during our three months (Sept. to Dec. 1937) of service in the Presbyterian Hospital, in which time there were approximately 405 admissions.

The pathological department of the School of Tropical Medicine found 1 case of Ca. of the rectum among 1,032 autopsies, and 20 cases among 12,500 surgical specimens, 18 biopsies and 2 specimens.

Age and Sex: As with cancer elsewhere, the disease is one of middle and late life, but youth offers no certain protection. Cases have been reported as early as the age of 11.

In our series the youngest was 15 years old, the oldest 65. The ages of the other five were: 25, 46, 51, 51, 54. Sex: The usual relation in large series is two females to three males. We had two females and five males in our short series.

Morbid Anatomy: The growths are almost always adeno-carcinomata. There are several methods of grading Ca. of the rectum, but the following two are the most widely used:

1. Dr. Broder's, well known method, which relies upon the amount of differentiation of the cells comprising the tumor as seen under the microscope (i. e. histological classification). There are four grades, the first being the least malignant and progressing to the fourth, which is the most malignant. About half the cases fall into grade 2, about a $\frac{1}{4}$ into grade 3, the remainder are mostly colloid growths with a few grades one and four.
2. Dr. Cuthbert Dukes' method, which depends upon the extent of invasion of the surrounding tissues at the time of removal of the tumor. (i. e. anatomical classification). The whole removed rectum is carefully dissected and the limits of the growth are defined. All glands are examined microscopically and their situation is charted, and all veins are also examined. He and Bussey arrived at this classification after examining more than 700 excised rectal cancers in St. Mark's Hospital, London. The tumors are then graded:

* Paper read at the School of Tropical Medicine, May 12, 1938.

**From the University Hospital and the Mimiya Hospital.

A. Growth limited to wall of rectum. The disease here is purely local. They form 15%, the minority of cases operated on at St. Mark's.

B. Extension of growth to extra-rectal tissues, but no metastases in regional lymph nodes. This group is represented by 35% of operated cases at St. Mark's.

C. B plus metastases in regional lymph nodes. No less than 50% of all excised tumors fell under this type.

The Growth and Extension of Cancer of the Rectum.

There is no accurate way of estimating the rate of growth. The period of the duration of symptoms before operation, has very little significance because there are seldom any symptoms until the growth has begun to ulcerate or obstruct, and by that time it has reached a very considerable size.

The British Ministry of Health Report (1928), dealing with over 5000 cancers of the rectum gives 12 months as the average duration of symptoms before operation. In our series, the duration of symptoms before coming to the Hospital was:

University Hospital: No. 115: 7 months.

University Hospital: No. 274: 2 years.

University Hospital: No. 2119: 6 weeks.

University Hospital: No. 3276: 8 months.

University Hospital: No. 3394: 2 months.

Presbyterian Hospital: No. 35099: 2 months.

Presbyterian Hospital: No. 35635: 2 years.

The rate of growth after discovery of the tumor also varies tremendously, slower in those cases that tend to grow toward the lumen and metastasize late; and faster in those cases that tend to grow from the lumen, and which metastasize earlier.

Methods of Spread: All authors express the great debt owed Mr. Ernest Miles for his accurate studies and descriptions of the paths taken by Ca. of the rectum in spreading. I have quoted liberally from Moynihan and Boyd for this short resumé.

There are three ways by which Carcinoma spreads:

- a. Direct extension
- b. Lymph spread
- c. Blood spread

To this we may add another unnatural and fortunately rarer way: (d) dissemination by separation of a malignant thrombus caused by manipulation, or by direct implantation during operation. This usually occurs when the growth is advanced and adherent.

Direct Extension:

Carcinoma of the rectum extends directly in all directions, but the spread transversely appears to be the most rapid. By the time the growth has encompassed half the circumference of the bowel, it will no longer be movable. After all the coats of the rectum have become involved, the lymph sinus sur-

rounding the rectum, interposed between it and the fatty tissue of the pelvis, is transgressed and the fascia propria of the rectum is implicated. This results in the adhesion of the diseased rectum to bladder, vagina, uterus, prostate, seminal vesicles. This process probably does not take place until the growth has existed for at least a year.

Lymph Spread - From the glands along the side of the rectum the lymphatics pass out in three directions, downwards, outwards and upwards. The principal tissues involved in the downward spread are the skin around the anus, the external sphincter muscle, and the ischio-rectal fat. In the lateral spread the most important structures involved are the levator ani muscles and the retro-rectal glands; at a later date the internal iliac glands, the base of the bladder and seminal vesicles, or the cervix uteri and posterior wall of the vagina may be implicated. The upward spread is the most important of all, and at an early date may involve many or all the glands in the pelvic mesocolon, and later the group of glands at the bifurcation of the left common iliac artery. Involvement of these glands cannot be detected by rectal examination.

Of these structures the most vulnerable, the most liable to invasion, are the levator ani muscles, the rectorectal glands, the ischio-rectal fat and the pelvic mesocolon. This will give some idea of the extent of the operation necessary for the extirpation of the disease. Ideally, all these zones must be cleaned out, as although the position of the growth (lower portion of rectum, middle or upper portion) usually determines the

most extensive and most involved zone of spread, this is not controlled by the purely anatomical distribution of the lymph channels, as the cancer cell, being a living cell, spreads according to laws of its own, and invades and destroys tissues that obstruct its path. Thus it happens that a growth may give rise to metastases in either or in all of the three zones, irrespective of its position in the rectum.

Blood Spread: That to this route of spread has not been ascribed the importance it has, is beautifully brought out by Brown and Waver (S.G.O. March 1938, Vol. 66) in their study of 170 rectal carcinomas with complete postmortem finding. They found out that: The spread of rectal carcinoma thru blood vascular channels is at least as important as thru the lymphatic route and as far as the prediction of visceral metastases in rectal carcinoma from the local growth and nodes is concerned, *the presence of intravascular tumor means as much from the prognostic standpoint as neoplastic nodes, and their absence means much more*. Visceral metastases occur in the following order of frequency:

Liver:	81%
Lung:	54%
Adrenal:	27%
Bone:	18%

Metastases also occur occasionally to thyroid, kidney, pancreas, ovary, heart, skin, muscle, gall bladder, colostomy, brain, appendix, pleura.

Symptoms: The earliest and most frequent symptom is irregularity of the bowels, that is, change in frequency or consistency of the stools. The second

most important early symptom, is pain of various kinds, either in the rectum, at stools or between stools; in the back, the abdomen, or in the sensory distribution of the sciatic, lumbar, and perineal nerves. Next come the appearance of blood and mucus in the stools (to which unfortunately the presence of hemorrhoids may be blamed for).

The general health and strength are not interfered with until very late in the course of the disease, and anemia appears only if there has been leakage of blood over a considerable time.

By this time tenesmus, feeling of fullness in the rectum not relieved by defecation, and rarely, when obstruction is well established, tape-like stools have appeared. Toxemia, also would be a late manifestation.

When there is involvement of the neighboring genito-urinary organs, urinary disturbances appear.

Diagnosis: A good history is as usual, the first requisite in arriving at a correct diagnosis. In every case having an intestinal complaint which is referred to our clinic, we are in the habit of specifically asking the following points, after the patient has told his chief complaint and the history of his present illness:

1. Pain - its type - its relation to the defecation act.
2. Pruritis.
3. Protrusion.
4. Bleeding - purulent or mucoid discharge - relation to bowel movement.
5. Bowel movements - diarrhea, constipation - type of stool.
6. Weight - loss?
7. Appetite.
8. Operations.

Then follows a complete physical examination. Locally, with the patient preferably in knee chest position and under a good light, a careful external examination of the anal region is made and excavations, abrasions, scratch marks, fissures, fistulae, scars, hemorrhoids, and tumor masses searched for. A digital examination is then performed and the tonus of the sphincter ani and the size of the prostate determined. Tenderness or masses noted.

Then an anoscopic examination is performed and the presence of hemorrhoids, fistulae, ulcers, and masses is determined. A proctoscopic examination (up to 25 cm.) is then carried out, after the lower sigmoid and rectum have been cleaned out. Again a careful search for tumors, polyps, ulcerations, fistulae, and diverticulae, is carried out.

It is possible that there may be two or more sperate lesions, and the less important may be lower down, and so the thorough search described above, should be carried out in all suspected cases. If a doubtful lesion is palpated or seen, a biopsy should be done. Every case of course, should be judged on its own, and if obviously malignant, the biopsy might be dispensed with, or repeated biopsies taken if thought necessary.

We also perform a Frei test on every case of rectal pathology, as this procedure has certainly accurately diagnosed for us (as the anorectal syndrome of lymphogranuloma inguinale) a number of obscure cases of proctitis and stricture of the rectum.

In general it might be said that if we look for it, the diagnosis of cancer of the rectum is fairly easy, as the rectum might be palpated or inspected directly.

Higher up than the lower sigmoid, the X-rays must come to our help; barium enemas, contrast enemas, and barium studies by mouth, if there is no obstruction.

Treatment: The treatment of cancer of the rectum is essentially surgical. There are three distinct types of operations, admirably discussed by Gordon Watson in his Bradshaw Lecture of Dec., 1937. From this lecture as published in the Lancet of Jan. 29, 1938, I summarize:

1. *Conservative methods:*

As advocated notably by Grey-Turner, Babcock (1932), Arnold (1937), Reyner (1935), Paunet (1937), and others, consist in conservative resection-anastomosis conducted from the perineum in cases of growths below the peritoneal reflection, and from the abdomen in cases of growth above the reflection.

A preliminary colostomy is usually necessary for a successful conservative resection from the abdomen, and a good blood supply must be insured. It should be applied only to early, movable cases with no lymphatic spread.

2. *Less Radical:*

A. Sacral-perineal resection as advocated by Lockhart-Mummery, Gabriel, Mund & Pacher, Hartman, Dunnheisser, and Kurer, who felt that almost as much tissue can be removed by this method as by the abdomino perineal route, that the operative mortality is certainly less ($4\frac{1}{2}\%$ as compared to 18%), that the advantages of palpating the liver for metastases and so avoiding

a useless radical operation, if they are present, are negligible, and they urge the advantages of the sacral over the abdominal anus. Lockhart-Mummery and Gordon-Watson make it clear that they use the perineal method for cases in which the growth is confined to the rectum only (A & B grades of Duke). They use the combined operation (Abdomino-perineal) or perineo-abdominal for cases in which the growth is at the recto-sigmoid junction, and in advanced cases (C grade) in which adequate removal cannot be obtained by the perineal route.

B. The Hartmann operation which may be used for early growths above the peritoneal reflexion, with a reasonable margin of normal bowel below. This consists of a division of the mobilized involved sigmoid rectum at least 2 in. below the gross lower limit of the growth, and wide resection of the involved recto-sigmoid. The distal end of sigmoid is brought out as an abdominal anus, and the upper end of the rectum is invaginated and covered with peritoneum. Gordon-Watson claims a very low mortality for this operation, which he says gives all the advantages of the combined operation, with removal of the lymphatics along the inferior mesenteric vessels, takes far less time than the combined method, and avoids all the inconvenience of a large perineal wound, thus remarkably shortening the period of convalescence.

C. *The Radical Operation:*

The Abdomino-Perineal Operation:

This consists essentially in the removal of the whole rectum and lower sigmoid by a combined abdominal and pe-

rineal operation, leaving an artificial sigmoid anus.

Ernest Miles described this method and has been its chief exponent, and great credit is due him and his followers, for with the aid of advances made in anesthetic improved pre- and post-operative measures, blood transfusions, and increased experience, both operative mortality and end results have vastly improved. Schmieden, Jones and McKittrick, Dietrich, Hayden and Shedden, Coffey, Jannsen and others have used variations of this method with success. Lahey has developed his two-stage operation with great exactitude, and Rankin and Lockhart-Mummery have modified it to a perineo-abdominal operation with preliminary colostomy.

The exponents of this radical procedure claim that the great dangers of the operation (Mortality, Miles, 40, 26, 18, in successive serial; Jones, 7, 8; Presbyterian, N. Y. 33.3%) are more than offset by the fact that all of the various places where the cancer is apt to extend can be removed with all of the regional lymph nodes, the liver can be palpated for possible metastases and that the abdominal anus is not nearly as bad as its evil reputation would lead one to suppose.

As described by Miles, by Moynihan and by Jones after Miles, the operation thruout, is a beautiful exposition of attack on disease based on sound anatomical and pathological reasons, and the physiology is altered only in so far as the probable spread of the disease makes it necessary to do so. There are no compromises with the implacable growth, which is the cancer, but as we

well know there can be no compromise with such a growth.

Treatment by radium and X-rays:

Conflicting opinions are found in the literature about the use of radium and X-rays in cancer of the rectum.

Sir C. Gordon-Watson concludes in his Bradshaw lecture previously referred to: "that the results are too uncertain to justify its use for an operable case with our present knowledge, except when a radical operation is contraindicated on general grounds. But he has "reduced fixed inoperable cases, in several instances, thou in a small proportion, to a state of complete quiescence, if not cure".

REPORT OF CASES

UNIVERSITY HOSPITAL No. 115 Case No. 1

Name: A. L. Age: 51; Adm.: January 6, 1930; Color: Mulatto; Occupation: Merchant; Married Dis.: January 11, 1930.

A. L. was a 51 years old, colored male, who was admitted to the Hospital on January 6, 1930, complaining of obstinate constipation for seven months with marked loss in weight. During the last week he had vomited frequently and had also developed pain in legs, thighs, pelvic region and has had brownish black stools for one month. The lower abdomen was full and there was sensation of a mass, deep in pelvic cavity and to the left. There was some edema of lower abdominal wall and some pitting edema of lower extremities.

The rectal examination (digital) demonstrated a hard, fibrotic prostate and a barium enema on January 8, 1930, demonstrated an intrapelvic tumor, stenosing, of sigmoideo-rectal region.

The patient was discharged, unimproved, on January 11, 1930 and there is no follow-up. The diagnosis: Carcinoma of the Upper Rectum.

Comment: The case was obviously very far advanced, but a proctoscopic examination would have helped in a more definite diagnosis. Apparently he was beyond surgical relief but lack of evidence makes it hard to draw any conclusions, as to the possible effect of palliative treatment.

UNIVERSITY HOSPITAL No. 274

Case No. 2

Name: E. R.; Age: 25; Adm.: July 18, 1930; Color: White; Address: Morovis, P. R.; Married; Dis.: Aug. 22, 1930.

E. R. was a 25 years old, white female, admitted to the University Hospital on July 18, 1930, complaining of severe constipation for three months, and pain in buttocks, lumbar region and left leg for two weeks. She had had another attack with tenesmus and bloody stools as far as two years previous to admission but she had apparently recovered from this. Had lost 15 lbs. in weight during last two years. She was emaciated, chronically ill and appeared to be much older than her age.

The abdomen was tense, full below umbilicus. There were hard, fecal masses palpable on entire descending colon.

In the inguinal region there were enlarged, discrete, hard inguinal nodes palpable.

On rectal examination a hard, irregular, ulcerated nodular mass was found projecting into the lumen of the rectum, approximately about 1.5" from the anus. The growth was annular and almost completely occluded the lumen. She had a moderate secondary anemia and Uncinariasis.

During the first week after admission, the patient ran a slight febrile course but this dropped down to normal by the eighth Hospital day. Conservative medical treatment gave some relief from her constipation and on July 30, 1930, Dr. Del Toro performed a double-barreled colostomy, which was opened three days late. The patient stood the operation very well, the colostomy relieving patient of obstructive symptoms. Pains along legs continued, however, and her strength and weight gradually diminished.

Patient was discharged on August 22, 1930, and was never heard from again.

Comment: An advanced case of Carcinoma of the rectum in a fairly young woman, in whom colostomy was performed and medical treatment and sedatives as provided, gave her the only means of relief. Disease probably began even before her first acute attack of tenesmus with bloody stools (two years before admission), and then, almost silently, it had grown beyond control. The growth was low down in the rectal ampulla and had invaded the wall of the rectum and adjoining tissues, extending through all lymphatic routes.

UNIVERSITY HOSPITAL NO. 2119
Case No. 3

E. C.; Age: 51; Adm.: January 15, 1935; Color: White; Op.: January 16, 1935; Married; Dis.: February 8, 1935.

E. C. is a 51 years old, white male, admitted to the University Hospital on January 15, 1935, complaining of abdominal discomfort, constipation and difficult bloody bowel movements for six weeks. Also urgency, frequency and dysuria, and loss of 20 lbs. in weight. He was well developed, well nourished, looked chronically ill. Pupils irregular, did not react to light. His blood pressure was: 180/110.

The ano-rectal examination showed many comedones and sebaceous papillomatae around external opening. The sphincter tonus was normal. The digital examination revealed a papillomatous mass approximately 3 cm. in diameter, in the right anterior side of the vault of the rectal ampulla. There was no apparent infiltration of adjoining rectal wall, but the growth was firm. The prostate was large, firm, not tender. Proctoscope revealed venous dilatation and congestion above mucocutaneous junction. There was an irregular, ulcerated, polypoid tumor in the vault of the rectal ampulla. The tumor lay just below the first rectal valve and caused partial obstruction of the lumen. Two small segments of tissue were taken for pathological examination.

Report on biopsy: Papillomatous growth of rectum. Malignancy is not excluded, though no definite evidences of it are seen in the sections. Cystoscopic examination revealed moderate trabe-

culuation with marked prostatic hypertrophy. On January 16, 1935, and under general anesthesia Dr. Del Toro removed the tumor mass and fulgurated the base with the electro-bistoury thru a proctoscope.

Pathological report on removed tumor: Papilloma of rectum. A note was added again which says: Although no evidence of malignancy is found in the sections, the frequent development of carcinoma in papillomata of the rectum should be borne in mind. (M.R.)

The patient was discharged on February 8, 1935, improved.

Followed-up - March 27, 1935, the patient looked and felt well. He had gained 18 lbs. in weight since discharge, but he had passed a little bloody mucus in the bowel movement three days before this visit. Digital examination revealed slight induration at side of former tumor. One month later the patient was again seen and he still felt well but was again passing blood and mucus in the stools regularly. Digital and proctoscopic examination revealed beginning recurrence of the tumor.

The patient was referred to The Johns Hopkins Hospital, where a few months later Dr. Rienhoff performed a one-stage abdomino-perineal resection. Pathological examination revealed carcinomatous degeneration of tumor with invasion of rectal wall.

At present, almost three years after operation, the patient is living and well, leading an active life and has no complaints referable to his intestinal condition.

Comment: A case of Ca. of the rectum, occurring in an intelligent, wide-awake patient, who despite other com-

plicating diseases present, drew attention to his rectal condition. Careful attempts at diagnosis, conservative treatment and careful follow-up followed later by radical surgery, well carried out, helped this patient to conquer a most serious disease, which if disregarded would have long ago ended his days in misery.

UNIVERSITY HOSPITAL NO. 3276

Case No. 4

Name: R. P.; Age 54; Adm.: May 5, 1936; Color: White; Address: Caguas, P. R. Occupation: Domestic; Widowed.

R. P. was a 54 years old, white female, admitted to the O.P.D. at the University Hospital, on May 5, 1936, complaining of irregular bowel movements for past eight months, with bleeding at each defecation. She had lost some weight, but her appetite was good. The patient had a supra-vaginal hysterectomy and appendectomy, six years before admission. She looked pale, but well developed and well nourished. There was a well healed, lower abdominal scar. Rectal examination showed a negative exterior and a sphincter of normal tonus. 4 cm. above sphincter, in anterior wall of rectal ampulla, a large, broad, shallow, ulcerated tumor mass, measuring about 4 cm. in diameter was palpated and seen with proctoscope. The tumor bled rather freely on manipulation.

The patient was admitted to O.P.D. on June 26, 1936, and on July 1, 1936, the first stage of a Ladey two-stage abdomino-perineal resection was performed under spinal anesthesia. Colos-

tomy clamp was removed the third post-operative day and colostomy began working the next day. The distal segment of large intestine was irrigated with saline solution daily and 50 cc. of 5% Mercurochrome left in lumen. The patient felt much more comfortable after colostomy and there was but a slight post-operative reaction for two days.

On July 13, 1936, twelve days after first stage, abdomino-perineal resection was carried out. The abdominal part of the operation was long, laborious, tedious, as dissection was complicated by adhesions and scar tissues of previous hysterectomy, six years before. The patient went into shock at the completion of the perineal part of the operation but recovered sufficiently after intravenoclysis to be removed to ward, but again circulation failed and patient died of surgical shock three hours later.

Pathological examination of the surgical specimen revealed an adenocarcinoma, ulcerated, with fairly extensive invasion of mucosal, submucosal and muscular coats. Sections thru the lymph nodes revealed no evidence of metastasis.

Comment: This case was our first abdomino-perineal resection. The pathological report showed that the case belonged to Group B, of Duke's classification. That is, that if the extensive removal had been successful, the prognosis of the case would have been favorable. The fact that she has had a pelvic operation eight years before increased markedly the difficulties of the operation. A perineal resection, with a preliminary colostomy would have been a

better procedure in this case. A blood transfusion was also clearly indicated at the end or during the last stage of the operation and might have tide this patient over the operative shock, but unfortunately there was no donor available.

UNIVERSITY HOSPITAL NO. 3394

Case No. 5

Name: F. N.; Age: 46; Adm., Sept. 25, 1936; Color: White; Address: Cidra, P. R., Occupation: Laborer; Married.

F. N., a forty-six-year-old white male, was seen at the Hospital on September 25, 1936, as an emergency case complaining of pain in abdomen, distention, constipation amounting to obstipation, of ten days duration. Two months before admission had developed tenesmus, loose bowel movements and mucus mixed with blood in stools. Condition progressed to marked constipation with passage of almost only blood and mucus. Looked acutely ill, pale, dehydrated. Abdomen markedly distended, tense. Rectally — the sphincter ani was relaxed, large tumor mass palpable in anterior wall of rectal ampulla, fixed, obstructing lumen of rectum. Proctoscopic examination revealed presence of tumor with marked edema of mucous membrane, and considerable amount of mucoid discharge. The proctoscope could not be passed above lower border of tumor.

A loop of sigmoid was brought thru a left McBurney's incision under local anesthesia and a self-retaining catheter passed to proximal loop and fixed in situ. The catheter was removed next day and a Paul's tube introduced, which was also removed the third post-operat-

ive day, and the sigmoid loop divided, forming a double-barrelled colostomy. With relief of obstruction, the condition of the patient improved rapidly, and the post-operative reaction was very mild.

On the tenth post-operative day (October 5, 1936), digital and proctoscopic examination revealed less edema of mucous membrane, polypoidal masses with an ulcerated fungoid obstructing tumor above.

On October 7, 1936, a barium enema was attempted but none of the mixture would flow above the stricture, and barium given thru the distal loop of the colostomy opening demonstrated a complete obstruction just above the rectum.

The colostomy worked well, patient having one to three spontaneous bowel movements a day, and the distal segment was cleaned out with occasional irrigations.

On October 19, 1936, under spinal anesthesia, an abdomino-perineal resection was performed; the sigmoid 11½" distal to colostomy opening was resected, with rectum and adherent prostate. A catheter was passed by urethra into bladder at time of operation, with an attempt made to reconstruct urethra around catheter.

The patient stood the operation very well, but his convalescence was marred by urinary complications. The catheter came out on the second post-operative day, was easily replaced soon after, but again came out next day, and patient passed urine thru perineal fistula and urethra for nine days, until with large perineal defect fully exposed a catheter was again passed per urethra. Granu-

lations began to fill perineal wound rapidly, and catheter was easily replaced as necessary, during irrigations and dressings of perineal wound.

There was also some infection of abdominal suture line, but after removal of thru and thru sutures, this healed firmly. The patient was allowed up on a wheel chair on the eleventh day after the resection operation.

On transfer to Presbyterian Hospital (because of closure of University Hospital for alterations) there were two to three well formed stool movements a day, and the general condition was good.

Pathological Report: Adeno-Carcinoma of Rectum involving Capsule of Prostate Gland.

He stayed in Presbyterian Hospital for 23 days (Nov. 30, 1936 to Dec. 22, 1936). On discharge, his general condition was good, his colostomy was working satisfactorily and perineal wound was filling rapidly with granulations.

He lived approximately nine months more. There is no record of his death in the Demographic Register of Cidra, P. R., so we do not know the immediate cause of death, nor the exact date. *Comment:* This case belongs to the Group C and his prognosis was poor. It might be argued that the abdomino-perineal resection was too much of an ordeal to subject this patient, but if we try to imagine the lot that would have been his, when despite his relief from intestinal obstruction, the growth would have further extended to give urinary difficulties, the operation seems justified. As T. E. Jones has said: (Cleveland Clinic Quarterly, April 1938). "We have an obligation to re-

lieve, if possible as well as the obligation to cure."

PRESBYTERIAN HOSPITAL NO.
35099

Case No. 6

1. Name: L. C. L.; Age: 15; Adm.,: Sept. 9, 1937; Color: Black; Address: Puerta de Tierra; Op.: Oct. 18, 1937; Occupation: Student; Single.

A fifteen years old colored boy, admitted to Presbyterian Hospital on September 9, 1937, with acute abdominal distension, weakness, malaise, anorexia and marked constipation, beginning two months ago with diarrheic mucoid and later bloody stool. Lately his diarrhea ceased, and his bowels have been hard to move. Took to bed two weeks before admission, because his belly hurt, was running some fever, and felt weak. Physical examination showed a thin boy who had obviously lost some weight, looked pale and distressed. The pulse was rapid, the abdomen was greatly distended, tense with signs of encysted fluid. Rectal examination - a thrombosed external hemorrhoid, relaxed sphincter, and a large, hard, irregular mass occupied the vault of the rectal ampulla, obstructing the lumen. Anoscopic examination showed that the mass was nodular, fixed, ulcerated.

The patient developed signs of obstruction, and on September 18, 1937, a sigmoidostomy was performed under local anesthesia. The peritoneal cavity contained about five liters of yellowish-green fluid. There was a large, friable, nodular mass occupying the pelvis, more extensive over sigmoid. The peritoneum was studded with tubercles, and friable

adhesions binded together coils of small and large intestine.

Biopsy taken - report: Colloid carcinoma, metastatic to peritoneum.

The patient was very much relieved for 24 hours, but signs of obstruction again developed and he died approximately 60 hours after operation. A post-mortem was performed.

Comment: A very advanced case in quite a young patient, which had progressed beyond any hope of relief, except transitorily. At least three M D's had seen this patient previous to his admission to the hospital, and the diagnosis had been missed, because a rectal examination had not been performed.

PRESBITERIAN HOSPITAL NO.

35635

Case No. 7

Name: F. P.; Age: 65; Adm. November 15, 1937; Color: White; Address: Ponce, P. R. Occupation: Farmer. Married.

F. P.: A 65 years old, white male, who complained on admission (November 15, 1937) of progressive constipation of two years duration, worse during last six months with marked tenesmus. Stools are either watery because of enemas or purges, or ribbon-like. They contain mucus and blood. Hemorrhoids were injected one year ago. On physical examination a hard, somewhat tender, fixed mass of the "napkin-ring" type was found. It encircled the rectum, and caused a stricture, which admitted index finger part of the way, and then became narrower, admitting finger only with much difficulty. Mass bled easily on manipulation. Anoscope revealed fungoid growth, ulcerated, which bled easily.

The patient was suffering from a moderate, secondary, anemia, 3,570,000 rbc with 64% hemoglobin.

The patient was ordered rest in bed with toilet privileges, low residue diet, Mineral Oil and Milk of Magnesia daily and Ferrous Sulphate 0.25 q.i.d. He was typed and donors were selected and held ready for use post-operatively.

On November 26, 1937, a one-stage abdomino-perineal resection, according to Miles, was performed. A catheter was placed in situ, pre-operatively. The "all silk" technique was used in the abdominal part of the operation, all vessels were clamped and coagulated in perineal part. Spinal anesthesia was used, and gave very good anesthesia and relaxation for about two hours, but ether (open) was used from then on as the patient complained of some discomfort. 500 cc. of 5% glucose in normal saline were given i.v. slowly thruout the last hour of operation.

The patient stood the procedure quite well :B. P.: 100/60, P.: 116, R.: 28, at the end.

A direct transfusion of 350 cc. of blood was given three hours after the operation.

The patient had a moderately severe post-operative reaction, which reached its peak during the third post-operative day, when the temperature rose to 103°F., P.: 110, R.: 28. From then on, there was a gradual defervescence until the patient became afebrile on the fifteenth post-operative day. Condition remained satisfactory thruout.

The clamp holding colostomy was removed in 24 hours, the sutures in 48 hours, and patient began to pass gas immediately, and feces the next day; with

nice healing of wound by primary intention. The mid-abdominal wound also healed kindly, without reaction. There was some infection of perineal wound (where approximating sutures were placed) but this responded well to dressings. The retention catheter came out 24 hours after operation, but he voided spontaneously after that.

He was allowed up in wheel chair on the 20th. post-operative day and gradually up and about from the 28th. day on. The colostomy was working well with patient having one or two well formed stools q. d.

He was discharged home on the 32nd, post-operative day, 43 days after admission. His general condition was good, the abdominal wound was well healed, the perineal wound clean, closing gradually by granulation. He had lost $2\frac{1}{2}$ lbs. during hospitalization. *Pathological Report:* Adeno-Carcinoma of rectum with metastases to perirectal lymph nodes. (Group C. of Duke's) The tumor was well differentiated with frequent mitoses.

Follow up: The patient developed malaria (?) while at home in Ponce, and looked miserable in his first follow-up visit, on January 21, 1938. The colostomy was working irregularly and his morale was very low. The perineal wound had filled up, but there was still quite a defect present.

He was hospitalized at Mimiya Hospital, where he stayed four weeks. He recovered promptly from his malaria, the healing of the perineal wound was accelerated with adequate care, and his

colostomy began working with less discomfort to the patient.

He gained weight to 116 lbs. and was discharged home on March 6, 1938, in very good condition.

We saw him next on April 13, 1938. Follow up note: He weighed 119 lbs., looked very well, and had no complaints except for vague pains along his legs. The colostomy is somewhat prolapsed and should be trimmed, and is working every two to three days, after laxatives (Mineral Oil and Cascara). The perineal wound is clean, almost completely and firmly healed.

He was hospitalized again, and a crushing clamp applied to the redundant colostomy on April 19, 1938.

He became distended, vomited, and the clamp was removed 24 hours later. Diarrhea, chills and fever appeared. The crushed tissue was removed, but malaise, chills and febrile reaction persisted. Locally, there was not enough inflammation to explain general reaction. Blood for malaria was negative, and the fever did not respond to Quinine. Urine showed leukocytes and casts, and a diagnosis of coli-bacillosis was made. Urotropine and Sodium Acid Phosphate and Bismuth were given, and the patient showed rapid response to this therapy; malaise, chills, fever and diarrhea disappearing. Appetite and sense of well being returned and patient began to pick up weight.

He has fairly good control of the colostomy, having two to three bowel movements in 24 hours, usually at night, and he has no complaints now, except for occasional muscular and joint pains on his lower extremities.

ACROCEPHALOSYNDACTYLISM OF APERT

A CASE REPORT AND A BRIEF REVIEW OF THE LITERATURE

FERNANDO ASENCIO CAMACHO, M. D.

Arecibo, P. R.

Among the rare anomalies of the skull, there is a clinical condition characterized by the cuneiform shape of the skull and associated with syndactylism of the four extremities. This disease is known as Acrocephalic syndactylism.

The history of the disease dates as far back as 1906 when Apert, a French pediatrician, described eight cases from the literature and one personal observation, and proposed a name for it. The disease was soon regarded as a distinct clinical entity. Park and Powers in the *American Journal of Children*, published a very complete review of the literature up to 1920 and brought the number of cases to thirty. Bigot two years later reduced the number to twenty five cases. Edling in 1929 brought the number to forty cases. Scanty reports here and there from the literature do not add much to what has been said, and Acrocephalic Syndactylism remains an obscure clinical condition as to etiology and pathological findings.

The disease is a congenital anomaly, not hereditary, characterized by a peculiar deformity of the skull and syndactyly of both hands and feet. The skull is flattened behind and projects in an exaggerated fashion in the upper frontal region. There is a premature

synostosis of the coronary suture and the sagittal sutures in early infancy. Marked radiographic changes in the bone are seen and in many cases a deformity of the sella turcica. As a result there is chronic pressure on the cerebral tissues, that may give rise to clinical symptoms of headaches, epileptic seizures, or impairment of intelligence. The bones of the face are also affected. There is a long face with a tendency to a prognathic jaw in our case. The orbital cavities are shallow and therefore there is a bilateral exophthalmos. The nose is curved like a beak and together with the bulging of the frontal bone makes the face of the patient a trigone. Although all the cases do not follow this pattern, many variations in the shape of the skull are possible depending upon the original premature ossification of the skull sutures.

The presence of polydactyly is the most interesting feature. Bilateral syndactyly of the hands and the feet may appear in any variety. Fusion of one or two fingers into one broad digit may be the typical thing. The principal X ray finding is a uniform degeneration of the phalanges with fusion between them in those places where two fingers single out as one digit.

The pathogenesis of Acrocephalosyndactylia is based on so many theories that are quite confusing, since most of them explain one point very clearly but fail to explain another. Many of these lack experimental grounds. The following have been presented:

1. Syphilis
2. Amniotic Compression
3. Babes Basicranial trophic center
4. Endocrine theory (changes in the hypophysis)
5. Blastemal origin
6. Osseous dystrophy

Syphilis has been blamed for every obscure condition in Medicine and as such, some cases of Acrocephalic syndactylism have been associated with a form of hereditary syphilis. In Wheaton's two autopsies, sclerosis of the spleen seemed to indicate hereditary syphilis. Maygrier and Fournier supported this idea. Lately it has been found that this is not so. The majority of the cases that reach adult or adolescent age do not have syphilis.

The amniotic compression theory explains that the special malformation of the skull and certain syndactylas are due to abnormal intrauterine pressure exerted on the fetus. Amniotic adhesions are formed which give rise to the anomaly of the hands and feet. This theory is probably the earliest one, dating as far back as Hippocrates and revived by Cruveilhier. Thoma, Virchow and Rieping made studies on the premature ossification of the cranial sutures as the possible etiology of this anomaly. The fetal head is affected by the compressing uterine musculature. Inflammation of the cranial sutures or some

proliferative process due to irritation provokes a premature ossification. The diameter of the head can be altered in many ways, and various names have been applied to the various shapes of heads; scaphocephaly, trigonocephaly, oxycephaly, etc. Virchow's monograph on deformities of the skull claim that as a result of cranial stenosis there is a restriction of growth in most of these patients who reach adult life. Thoma goes on to explain why the synostosis of the cranial sutures occur so prematurely adding the interaction of so many possible factors, (i.e.) ripeness, tension of the suture substance, movements, intrauterine pressure, mesoblastic activity, etc. This theory is quite interesting to follow but lacks much experimental proof, and presumes many factors not consistently found in these cases.

Babes theory deals with the anomaly of the extremities. He states that their growth and their development is governed by a cranial center somewhere at the base of the brain, possibly the hypophysis. That the intracranial pressure exerted on the premature skull affects this center and deformities of the hands and the feet may develop, (i.e.) polydactyly, syndactyly, ectodactyly, etc.

The endocrine theory is explained by many and although quite similar to that of Babes it goes further to suspect the faulty development of the fetal organs of internal secretion. Bigot believes that there is a developmental arrest of the pituitary gland very early in embryonic life. He seems to classify Acrocephalic syndactylism among the Chondrodystrophies. Since many cases show a distinct deformity of the sella

turcica, he feels that similar to acromegaly or gigantism, or ennuchism, acrocephalic syndactylism can be ascribed to a pituitary origin.

Many authorities on embryology go as far back as the blastemal stage of the embryo. The blastemal stage is that stage when the undifferentiation of tissues has as yet not taken place. An injury to the blastemal cranium on its sensitive mesenchymal tissue could be responsible for the defective development of the skull. The malformation of the extremities could be a later sequelae to that of the skull.

To explain in detail all these theories is perhaps to fill the minds of the readers with a confusing group of empirical facts which lack a conclusive definition of the subject.

Lately many other changes have been found in Acrocephalic syndactylism and the disease has been placed among the osseous dystrophies, in which there is a generalized faulty development of the mesenchymal tissues of the embryo. When the disease is studied in adult patients it has been found that there seems to be an anomaly of the connective tissue substance in the articulations, sutures and synchondroses of all the body joints. The rarity of the cases, and the lack of a sound pathological picture of the disease has made the etiology of acrocephalic syndactylism very obscure.

In the presentation of this paper only practical facts are brought out, and the brief sketches of the many absorbing theories have been explained only to inspire the readers with the search for cases similar to the one reported.

CASE REPORT

The patient is a white woman, age 28, who brought a child with a deformity of the breast bone. She complained of weakness, malaise, severe headaches, tiredness, and gastric disturbances of mild character. She was very much concerned about her polydactyly, and feared her deformity had any bearings on her son's condition, especially since she had noticed that the child was born with a deformed breast bone.

Her past history revealed she was the seventh of a family of whom all were women of normal development. Her other six sisters are married and living in apparent healthy condition. Her father died of an obscure abdominal complaint. Her mother was also dead of a



FIGURE 1.



FIGURE 2.

cause unknown. All her sisters and her parents were normal as to any deformity of either hands, feet or the skull.

Physical examination revealed a short individual, rather anemic and poorly developed, with a height of 58 inches. She was a short individual rather dwarfy, with a prominent deformity of the skull. The eyes were slanted, there was a moderate exophthalmos, and the nose had a beak like shape. There was no other visible skeletal anomaly of the body except for the extremities. On the left hand there were four digits, the next to the last one being fused with the middle as a single one. On the right hand there were three fingers, of which the middle finger had three phalangeal

bones in one broad digit. The phalanges in all the fingers appeared fused and degenerated on X ray examination. (see figures 1 and 2). The feet displayed more striking changes. They were a broad mass of tissue with rudimentary digit separation at the skin border. Both feet had the aberrant anomaly of an extra metatarsal bone situated between the big toe and the next digit. Apparently both feet were intended to have six toes. The aberrant metatarsal was next to the big toe in both feet, but appeared fused to the right foot, and loose on the left one. The individual phalanges were degenerated and fused as one mass of irregular bone with no flexion movement. (see figs. 3 and 4.)

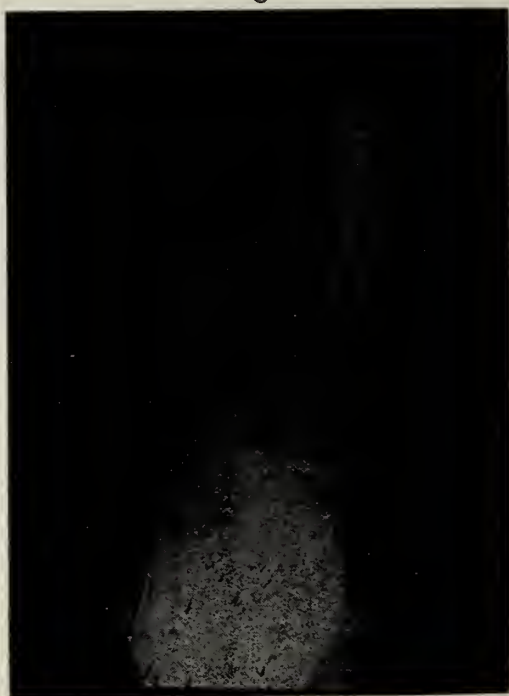


FIGURE 3.



FIGURE 4

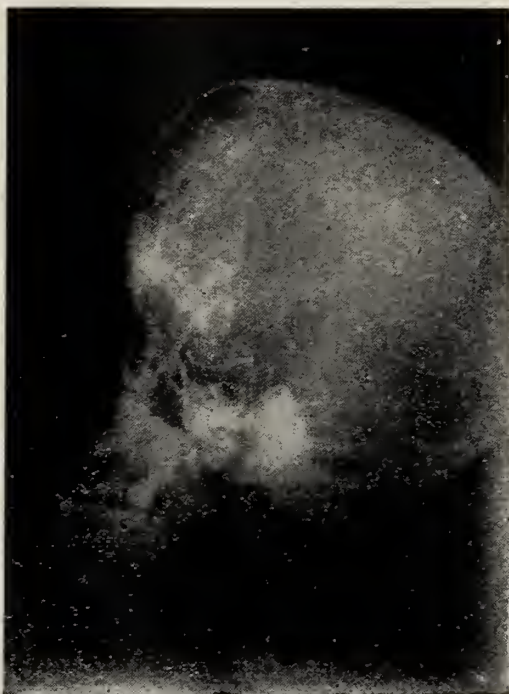


FIGURE 5.



FIG. 6

PROFILE VIEW ACROCEPHALIC SYNDACTYLISM



FIG. 7

FRONT VIEW (ACROCEPHALIC SYNDACTYLISM)

The skull was flattened behind at its occipital portion. The frontal bone projected in an exaggerated fashion anteriorly and bulged. There was a marked thinning of the skull verified by the X ray. The bones of the face were small.

The orbital cavities were shallow and the eyes were slanted. The lips were thin and the mouth extremely small. The nose was very much like a parrot's beak.

Blood Wasserman was negative. The patient had a secondary anemia very



FIG. 8

VIEW OF HER HANDS WITH BILATERAL
SYNDACTYLISM



FIG. 9.

HER FEET ARE A MASS OF TISSUE WITH
MARGINAL SKIN DIFFERENTIATION OF THE
TOES.

marked, probably due to a faulty diet, and her poor living conditions.

A preliminary report of this patient has been made. An attempt to study in detail the skeletal structure of this pa-

tient may enlighten the personal belief that we are dealing with a congenital osseous dystrophy. Studies to that effect will be reported on a subsequent paper.

BIBLIOGRAPHY

Apert, E.: *Maladies familiales et maladies congenitales*. Paris - 1907.

Crouzon: *Dystrophies, osseuses congenitales* en Roger, Teissier, Vidal, *Nouveau Traité de Medecine*, Fasc, 22, Paris, 1924.

Schinz, Baensch, Friedl.: *Roentgendiagnóstico* (Spanish translation) Primera edición To-

mo I pp. 487-488.

Park Edwards: *American Journal of Diseases of Children* Vol. 58 — 1925. *Acrocephalic Syndactylism — Review of The Literature* Virchow, Maygrier, Babes, and Thoma. and other German references are quoted from this extensive review of Park's.

Boletín de la Asociación Médica de Puerto Rico

Avenida Manuel Fernández Juncos, Parada 19
Santurce, P. R.

Año XXX	Agosto, 1938	No. 8
---------	--------------	-------

Editor y Administrador:

Dr. E. Martínez Rivera

Editores Asociados:

Dr. Leopoldo Figueroa

Dr. Pedro S. Malaret

Dr. David E. García

Dr. J. Noya Benítez

Dr. L. Gaetán Roberts

NOTICIAS MEDICO SOCIALES

Reunión del Distrito Norte:

Tal como habíamos anunciado en nuestra última edición, en la noche del día 23 del mes en curso se llevó a efecto en el edificio de la Asociación, bajo los auspicios de la Asociación Médica del Distrito de San Juan, un interesante "symposium" sobre "Las Sinusitis en los niños".

Tomaron parte en este programa científico nuestros distinguidos colegas, los doctores Antonio Ortiz, J. H. Font, José Landrón y Luis M. Morales, quienes presentaron interesantísimos trabajos sobre distintos aspectos de las sinusitis en los niños, y los que nos proponemos publicar íntegramente en nuestro próximo número.

Deseamos reiterar nuestra felicitación a los compañeros antes mencionados por la magistral forma en que discutieron el tema de la noche, y extenderla a los directores de la Asociación del

Distrito por el nuevo triunfo alcanzado con la confección de un programa de tanta actualidad.

* * *

Asamblea del Distrito de Mayagüez:

Para el domingo 18 de septiembre próximo está señalada la reunión anual de la Asociación Médica del Distrito de Mayagüez, y según carta que nos ha sido mostrada, los directores del distrito están haciendo diligencias para la organización del programa científico.

Dado el entusiasmo que siempre ha reinado entre los colegas de aquel distrito, y la animación con que se han iniciado los trabajos en esta ocasión, es de esperarse que la asamblea de este año resulte un gran éxito, tanto en su aspecto científico como en el social.

Al adelantar esta nota, deseamos exhortar a nuestros compañeros de la Isla, a que presten su mayor cooperación para la confección del programa, y nos tomamos la iniciativa de extenderles una cordial invitación para el acto.

* * *

Dr. Rafael Rodríguez Molina:

Por motivo de haber presentado su renuncia el Dr. Jorge del Toro, ha sido nombrado para ocupar la presidencia del Comité Científico de la Asociación Médica, nuestro estimado compañero, el Dr. Rafael Rodríguez Molina.

Actuando como presidente interino de este mismo comité el año pasado, el Dr. Rodríguez Molina tuvo a su cargo la confección del programa científico de nuestra asamblea anual, y es de todos conocido el magnífico trabajo por él realizado. Con antecedente de esta natura-

leza, y estando ya próxima la celebración de la asamblea anual del 1938, el nombramiento del Dr. Rodríguez Molina para presidir el Comité Científico, está más que justificado, y al extender nuestra felicitación más efusiva al querido compañero, deseamos expresar

nuestros parabienes a la actual directiva por tan atinada designación.

* * *

Nuevo socio:

Recientemente ingresó a nuestra Asociación el Dr. Nicolo Arena, de Jayuya.

NOTICIAS MEDICO-SOCIALES DEL EXTRANJERO

American Public Health Association:

The scientific program of the 67th Annual Meeting of the American Public Health Association in Kansas City, Mo., October 25-28, which will engage the attention of more than 3500 of the nation's health authorities, indicates how closely the organization's Program Committee has been following national trends in public health progress.

There is considerable emphasis on the five major diseases which are being attacked throughout the land with government funds. The grave problem of maternal and infant mortality receives its share of attention. A special session is devoted to a discussion of "Public Health Aspects of Medical Care" which it is expected will be one of the most significant of the entire conference, with exponents of the National Health Program, spokesmen for organized medicine and representatives of the newly-recognized medical consumers, the public, on the platform.

The recruiting and training of public health personal for the specialized tasks the expansion of health services are creating and for which trained workers

are seriously lacking is a major note in the varied program. The health department as a business organization is a new concept which will be treated by the special session method. Administrative procedures, accounting measures, including cost-accounting, will be considered. Many health departments are now on a parity with million-dollar enterprises and special techniques and formulae for the conduct of the big business of public health are definitely needed.

More than 400 papers and reports will be presented and discussed in the four days the public health profession is in convention. The delegates are drawn from every state in the Union, from Canada, Cuba and Mexico and from every branch of public health practice. This makes necessary many individual meetings of the Association's ten sections—Health Officers, Laboratory, Vital Statistics, Public Health Engineering, Industrial Hygiene, Food and Nutrition, Child Hygiene, Public Health Education, Public Health Nursing and Epidemiology—where rock-bottom topics of interest to specialists alone are talked about, and in addition, sessions involving two or more Sections where subjects of broader import cut across the lines of the Section organization. A number of

symposia will bring together three and four of these divisions on such subjects as The Phosphatase Test in the Control of Milk Pasteurization; The Use of Biological Products; Water and Sewage; Frozen Desserts; Typhoid Fever; Pertussis; Nutritional Problems; Industrial Hygiene.

Included among the speakers are such nationally known leaders as Dr. Thomas Parran, Dr. Arthur McCormack, Dr. Abel Wolman, Dr. E. V. McCollum, Dr. Robert S. Breed, Dr. Elliot S. Robinson, Professor C. - E. A. Winslow, Dr. I. S. Falk, Dr. Haven Emerson, Dr. Nina Simmonds, Dr. William F. Snow, Major Joel I. Connolly, Mr. J. J. Bloomfield, Dr. Walter H. Eddy, Miss Dorothy Deming, Dr. Reuben L. Kahn, Mr. Sol Pincus, Dr. Martha M. Elliot, Dr. Samuel C. Prescott, Dr. Bruce H. Douglas, Dr. Edward S. Godfrey and many others.

The following organizations are meeting with the American Public Health Association and have prepared programs equally timely and important:

American School Health Association
Conference of State Laboratory Directors

Conference of State Sanitary Engineers

International Society of Medical Health Officers

American Association of State Registration Executives

Association of Women in Public Health

*American Board of Internal
Medicine, Inc.*

Written examinations for certification by the American Board of Internal Medicine will be held in various parts of the United States on Monday October 17, 1938, and on Monday February 20, 1939.

Formal application must be received by the Secretary before September 15, 1938 for the October 1938 examination, and on or before January 1 for the February 1939 examination.

Application forms may be obtained from William S. Middleton, M. D., Secretary-Treasurer, 1301 University Ave., Madison, Wisconsin U. S. A.

FRANCIA HACE COMPULSORIA LA INMUNIZACION CONTRA LA DIFTERIA....

Recientemente el Senado y la Cámara de Diputados de Francia adoptó una ley, la cual fué promulgada por el Presidente, haciendo compulsoria la inmunización contra la difteria.

Ha sido Francia, si no el primero, uno de los primeros países en requerir la aplicación en grande escala de esta medida preventiva. Esta ley hace compulsoria la inmunización de todos los niños durante la infancia, ésto es, en el segundo o tercer año de vida, durante la edad de la mayor susceptibilidad y de la más alta mortalidad y en el período

en que la misma produce menos reacción.

A continuación transcribimos el texto de dicha ley:

Por la presente se hace la siguiente adición al artículo 6 de la ley de Febrero 15, 1902, relacionada con la protección de la salud pública.

"La vacunación antidiftérica con "T'anatoxine" (toxoid) es compulsoria durante el segundo o tercer año de vida. Los padres o encargados son responsables personalmente del cumplimiento de esta medida, debiéndose presentar prueba de ello para la admisión a cualquier

escuela, enfermería, colonia veraniega, u otros sitios donde se reunan niños.

"Durante el primer año de vigencia del presente articulado, todos los escolares menores de 14 años, si no han sido previamente vacunados contra la difteria, deberán cumplir con este requisito.

La aplicación de las disposiciones anteriormente esbozadas, se regirá por reglamentación preparada al efecto, de acuerdo con la opinión emitida por la Academia de Medicina y el Comité Consultivo en Salud Pública de Francia.

Paris, Junio 25, 1938."

**Dondequiera que esté indicado el uso
del cornezuelo de centeno usese la**

ERGOKLONIN

de WYETH

LIQUOR ERGOTAE PURIFICATUS

Preparación normalizada, estable y de gusto agradable, de la ergonovina, el alcaloide descubierto recientemente del cornezuelo de centeno.

Se cuentan entre sus ventajas sobresalientes las que se especifican a continuación:

- Comienzo rápido y efectivo del clonus uterino y pronto dominio de la hemorragia que ocurre después del parto.
- Mejoría del tono uterino y pronta involución.
- Su uso es inocuo y no hay los efectos tóxicos concomitantes de las antiguas preparaciones del cornezuelo de centeno.

Para administración oral o rectal. Acción positiva en menos de cinco minutos. Dura el efecto de tres a seis horas.

JOHN WYETH & BROTHER INCORPORATED
PHILADELPHIA, PA., E. U. A.

Insignias de Médico



Nos place informar a nuestros compañeros que ya tenemos nuevamente en existencia las insignias para automóviles con el nombre de nuestra asociación.

El precio de dichos emblemas es de \$2.50 cada uno, y los socios podrán adquirirlo dirigiéndose al suscriptor o en el edificio de la Asociación.

Dr. ANTONIO ORTIZ,
Tesorero.

GONORREA SIN COMPLICACIONES

ARGYROL



"Lo único que necesito para curar mis casos de gonorrea es Argyrol y nitrato de plata: Argyrol para los casos agudos y sobreagudos, y nitrato de plata para los casos crónicos. Argyrol es indispensable en el ejercicio de mi profesión". Eso escribe un notable urólogo que, durante años, ha especializado en el tratamiento de la gonorrea.

El tratamiento de la gonorrea sin temor de complicaciones exige algo más que un antiséptico. Requiere esa combinación única de cualidades que han hecho de Argyrol durante largos años el específico terapéutico para la gonorrea y otras infecciones de la mucosa.

Argyrol no sólo destruye los gonoco-

cos alojados en la superficie, sino que, por su efecto sedativo sobre la mucosa inflamada, estimula la reacción del tejido sano y acelera la restauración normal.

Argyrol *no* es otra proteína de plata como hay tantas, sino el prototipo de los productos de su indole, que nadie ha podido duplicar con éxito. Química y clínicamente, es único en su género. Ningún otro contiene plata en las mismas condiciones físicas y químicas, ni proteína de tan alta calidad y tan adecuada a su aplicación. Asegure sus resultados especificando siempre el prototipo: BARNES.

S38A2

Argyrol es fabricado solamente por A. C. BARNES

★ A. C. BARNES COMPANY, INC., NEW BRUNSWICK, N. J.
DESDE HACE 35 AÑOS, FABRICANTES EXCLUSIVOS DEL ARGYROL Y EL OVOFERRIN
"Argyrol" es un producto de marca registrada, propiedad de A. C. Barnes Co., Inc.



ESTE producto es altamente purificado y refinado y está desprovisto especialmente de proteínas reaccionarias. Insulin Lilly se ensaya con toda exactitud y su acción es uniforme.

Ha sido la política Lilly compartir con sus clientes el beneficio

de las economías derivadas de una producción en grande escala y, como resultado de ello, el Insulin Lilly puede hoy día comprarse a precios que representan sólo una pequeña fracción de su costo cuando se introdujo por primera vez a la profesión médica.

Lilly

ELI LILLY AND COMPANY
INDIANAPOLIS, INDIANA, E. U. A.



PARA LAS ENFERMEDADES DE LAS
VIAS RESPIRATORIAS
FORMULA

300 c. c. de LASA contienen:

Ortoguayacolsulfonato potásico	5 gramos
Jarabe de brea	40 c. c.
Jarabe savia de pino	50 "
Jarabe bálsamo tolú	60 "
Glefina	150 "

ANDROMACHUS CORPORATION

LONG ISLAND CITY, NEW YORK

ENRIQUE VELEZ POSADA

Calle O'Donell Núm. 12, Box 1018, San Juan, P. R.

Endomyrt [Cole]

IN THE TREATMENT OF

Diabetes Mellitus

Endomyrt (Cole) is valuable adjunct in the treatment of diabetes mellitus. Through the influence of its contained ingredients (myrtillin, duodenal and pancreatic extracts) it exerts a well defined insulin-like action. Depending upon the severity of the diabetic state, insulin may be dispensed with entirely or the number of daily injections reduced, with no change in carbohydrate intake or other dietary alteration. In addition, Endomyrt (Cole) tends to stabilize the blood sugar, so that hypoglycemic reactions from accidental insulin overdosage are greatly mitigated or prevented entirely.

Endomyrt (Cole) is supplied in capsules for oral administration. Comprehensive literature sent to physicians on request.



COLE CHEMICAL CO. St. Louis Mo. EE. UU.

DISTRIBUIDOR:

ENRIQUE VELEZ POSADA

Calle O'Donell No. 12, Box 1017 - San Juan, Puerto Rico.

Un Nuevo Producto MEAD

OLAC

especial para

Prematuros y Recién Nacidos

El Olac ha sido preparado de conformidad con las más modernas investigaciones científicas acerca de lo que debe ser el nutrimento óptimo para las criaturas prematuras y recién nacidas. Este nuevo alimento contiene aceite de oliva como grasa, porque según ha demostrado Holt y otros investigadores de fama internacional, el lactante lo asimila mejor que la grasa de la leche de vaca. El Olac suministra un alto porcentaje de calorías en forma de proteína (aproximadamente el 20%) con el fin de llenar las necesidades mayores de nitrógeno de las criaturas prematuras. Interesa notar que el contenido de amino-ácidos del Olac es casi idéntico al de la leche de pecho reforzada con caseína, reconocida generalmente como el prototipo de alimentación en la premadurez.

El Olac es secado por el procedimiento de atomización y consiste de 40.6% leche desgrasada, 31.7% Dextro Malto, 17.5% aceite de oliva, 10.1% caseinato de calcio y 0.1% aceite de hígado de halibut (para vitamina A).



Prepárese rápidamente mezclándolo con agua caliente.

De venta en las farmacias y boticas en latas de 460 gms. a un precio sumamente módico.

Stoesser formula así las conclusiones de sus estudios con más de 200 lactantes:

"Por los resultados obtenidos es evidente que la nueva preparación es valiosa para promover satisfactoriamente el crecimiento y desarrollo en los niños prematuros. Comparándolo con otros tipos de alimentación para estos niños, como digamos, leche de pecho y leche evaporada, se encuentra que es igual o mejor que esta clase de alimento, especialmente durante el período del tercero al décimo día de vida" — y agrega además:— "La pérdida fisiológica de peso, queda reducida a lo mínimo, y el niño se desarrolla tan rápidamente que en poco tiempo pesa lo suficiente para dejarlo de considerar como prematuro".

Hemos recibido también muchas comunicaciones en el sentido de que el Olac da magníficos resultados en la alimentación general infantil.

Enviaremos muestras y literatura de Olac a los médicos que las pidan.

MEAD JOHNSON & COMPANY

EVANSVILLE, IND., E. U. A.

Representante: ENRIQUE VELEZ POSADA
Apartado de Correo No. 1018 - San Juan, P. R.

Corte LA HIPERACIDEZ GASTRICA SIN EL USO DE ALCALIS...



Amphojel (Gel de Oxido de Aluminio Wyeth) es una suspensión coloidal, parecida a la crema y de gusto agradable, de óxido de aluminio hidratado, $Al_2(OH)_6$, capaz de neutralizar en una hora no menos de 12 veces su volumen de jugo gástrico conteniendo un 0.36% de ácido clorhídrico. Así es cómo 3.7 c. c. de Amphojel neutralizará más de 44 c.c. de este jugo, o la correspondiente menor cantidad de una secreción más concentrada. Está casi exenta de sales, es fluída y agradable al paladar y tiene un ligero sabor de menta.

IMPRESOS DESCRIPTIVOS A SOLICITUD

AMPHOJEL

JOHN WYETH & BROTHER, INCORPORATED, PHILADELPHIA, PA., E. U. A.

MUESTRAS Y MATERIAL DESCRIPTIVO A SOLICITUD
Distribuidores: CASTAGNET & CASTILLO CO., Box 618 (1 Tanca St.) San Juan, P. R.

PICRATOL

de WYETH

Eficaz en el tratamiento de la VAGINITIS
causada por TRICOMONAS VAGINALIS

Picratol Compuesto de Wyeth en Polvo, proporciona un tratamiento cómodo, práctico y económico de la vaginitis causada por tricomonas vaginalis. Es una mezcla suave, que no irrita, de Picratol de Wyeth al 1%, disperso en caolín, concentración que según lo ha demostrado la investigación clínica es, en general, eficaz contra este organismo.

Cuando se aplica el Picratol, Compuesto de Wyeth en Polvo, por medio de un insuflador adecuado y se suplementa con el uso de los Supositorios Vaginales de Picratol de Wyeth, se reduce el curso normal del tratamiento a un período de dos semanas, o sea, un período más corto del que se requiere generalmente para dominar la infección.

Impresos descriptivos a solicitud.

PICRATOL ofrece...

Un Colorante Amarillo que posee marcada afinidades con los tejidos al entrar en contacto con ellos.

Una Fuente de Suministro de Iones de Plata, eficaz en concentraciones que al quedar limitadas por su baja solubilidad (1 por ciento) impiden acción caustica alguna.

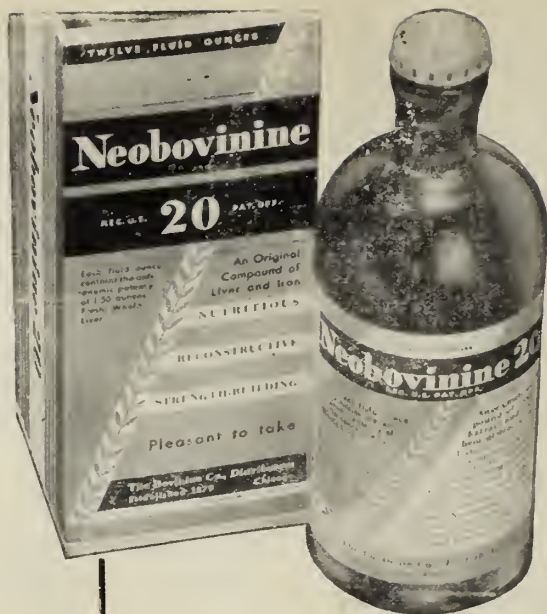
Un medio conveniente de tratar en el Consultorio la Vaginitis causada por la Tricomonas Vaginalis. Técnica de Insuflación con Polvo Seco.

Un Tratamiento Casero Auxiliar (Supositorios) para obtener acción continua entre unas y otras visitas al médico.



JOHN WYETH & BROTHER, INCORPORATED, Philadelphia, Pa., E. U. A.

MUESTRAS Y MATERIAL DESCRIPTIVO A SOLICITUD.
Distribuidores: CASTAGNET & CASTILLO CO., Box 618 (1 Tanca St.) San Juan, P. R.



LAS ANEMIAS SECUNDARIAS

*De los Infantes
y Niños*

Neobovinine 20 es un compuesto original de extracto de hígado, hierro soluble y hemoglobina extraída de carne fresca de vaca, preparado para el tratamiento de las anemias secundarias y los estados de debilitación. Por ser de gusto agradable y fácil de tomar, se adapta especialmente para los niños.

Neobovinine 20 ofrece las ventajas de la terapia del hígado más el efecto benéfico de una forma de hierro que se asimila fácilmente así como de otros elementos orgánicos (nutritivos). Aun cuando muchas legumbres contienen una proporción favorable de fósforo, hierro y otros minerales, al cocinarlas, su valor (81 por ciento según el procedimiento empleado¹) es depreciado o totalmente perdido. En Neobovinine 20, la hemoglobina de carne fresca se extrae al frío para que pueda retener las propiedades activas de las sales animales y minerales.

Fuller² describe el tratamiento satisfactorio de las anemias en los niños con el uso de hemoglobina, según la experiencia de su práctica. Los pacientes jóvenes requieren a veces la ayuda de un agente reconstituyente después de enfermedades contagiosas o infecciosas. El médico y el paciente verán, con entera satisfacción, que el hígado, el hierro y la hemoglobina de carne contenidos en Neobovinine 20, poseen la suficiente acción vigorizante para que esté bien indicada en estos casos.

Neobovinine 20 puede tomarse con leche, jugos de fruta o directamente con cuchara, según se desee. De venta en todas las farmacias en frascos de 170 gramos.

PROMEDIO DE MINERALES CONTENIDOS Miligramos por 100 cc.

Hierro (Fe)	148.0
Fósforo (P)	121.0
Calcio (Ca)	8.2

1. Peterson and Hoppert—Jr. Home Economics Vol. 17, No. 265, 1925.

2. Fuller, A. W., M. D.—"Anemia, Its Causes and Treatment."

THE BOVININE COMPANY • CHICAGO, ILLINOIS, U. S. A.

MUESTRAS Y MATERIAL DESCRIPTIVO A SOLICITUD.
Distribuidores: CASTAGNET & CASTILLO C^o., Box 618 (1 Tanca St.) San Juan, P. R.



PARA UNA

Prolongada Acción

ANTIFEBRIL Y
DESCONGESTIVA

— APLIQUE —

NUMOTIZINE

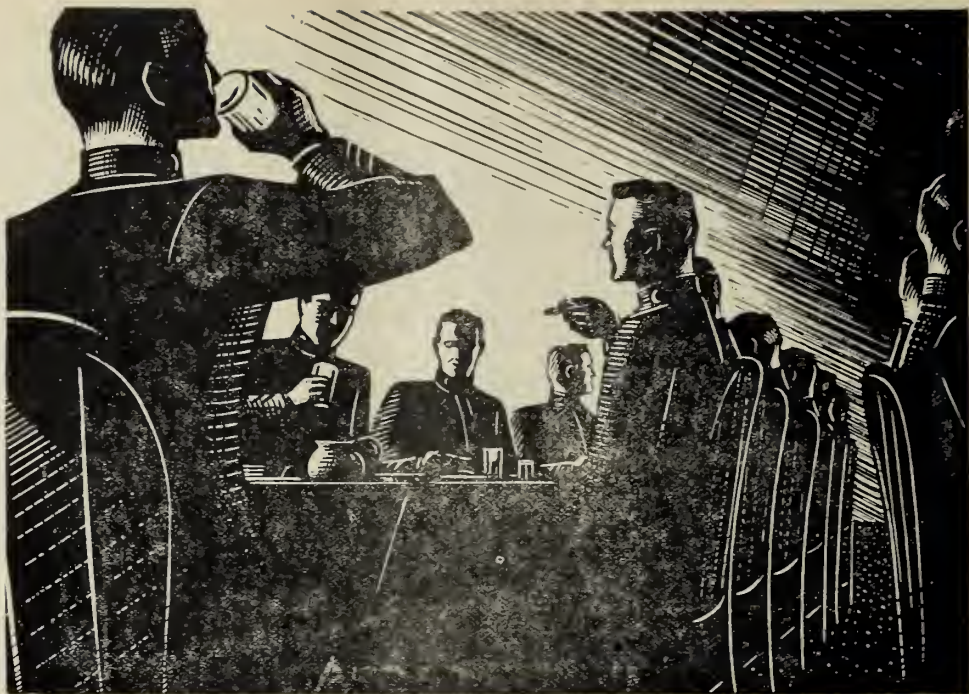
Aplicándola prontamente sobre el sitio de la inflamación o congestión, Numotizine alivia rápidamente el dolor, y por sus efectos hiperémicos ayuda a disipar la congestión.

La absorción lenta y constante por la piel de las drogas analgésicas y antipiréticas que contiene—guayacol y creosota—produce una acción antifebril constante y prolongada sin interferir con las funciones digestivas.

NUMOTIZINE, INC.

900 No. Franklin Street

Chicago, Ill., E. U. A.



EL RÉGIMEN ALIMENTICIO

El debido régimen alimenticio ayuda a la eliminación normal y es un factor que hay que considerar, especialmente cuando hay estreñimiento. Petrolagar Simple, por el hecho de sólo llenar una función lubricante y emoliente, es también una ayuda para la eliminación normal. Es útil como coadyuvante del régimen alimenticio porque pasa a través de las masas atascadas y duras y produce heces blandas que salen fácilmente. Petrolagar se prepara en cinco tipos . . . Simple, Sin Azúcar, con Fenoltaleína, con Leche de Magnesias y con Cáscara, ofreciendo así un surtido del que podrá seleccionarse el tratamiento que se adapte a cada paciente individual . . . Petrolagar Laboratories, Inc., Chicago, Ill., E. U. A.

Petrolagar es una emulsión mecánica de petrolato líquido puro (65% por volumen) y de agar-agar. Aceptado por el Consejo de Farmacia y Química de la Asociación Médica Americana para el tratamiento del estreñimiento.

Petrolagar

MUESTRA Y MATERIAL DESCRIPTIVO A SOLICITUD.
Distribuidores: CASTAGNET & CASTILLO CO., Box 618 (1 Tanca St.) San Juan, P. R.

Defecalgiesiofobia



El temor a defecar por los excesivos dolores que produce es el comienzo del círculo vicioso que se observa en las hemorroides. Como consecuencia deviene la constipación y ésta a su vez contribuye a la formación de hemorroides. Mas el uso de los Supositorios Anusol elimina el temor a defecar, porque ablanda el contenido del recto y lubrica el canal que propicia su expulsión con lo que la defecación se efectúa sin dolor y con facilidad.



Pero no es eso sólo lo que efectúan los Supositorios Anusol en el tratamiento de las hemorroides. Contribuyen a reducir la congestión que es la causa del dolor y el intenso malestar con lo que se normaliza la circulación sanguínea en la zona afectada y se puede cortar más fácilmente la hemorragia. Todo esto se logra sin recurrir a sustancias analgésicas, anestésicas ni a narcóticos; no tiene belladona, efedrina ni adrenalina.



Anusol

SCHERING & GLATZ, INC., 113 West 18th Street, New York

Specify
NEOSALVARSAN
... not just
"NEO"



AFTER the introduction of Salvarsan, its originator—Ehrlich—turned his attention to the production of an arsenical anti-syphilitic in a form more suitable for general use. The product resulting from his investigations was named Neosalvarsan.

The experience and skill gained during many years in the manufacture of Neosalvarsan have resulted in a product of high therapeutic potency.

Before it leaves the laboratories every lot of Neosalvarsan is subjected to the trypanosome test to assure its spirocheticidal activity.

Scrupulous care is exercised to produce an arsenical that is safe as well as effective. The safety margin of Neosalvarsan is at least 50% greater than that demanded by the U. S. Public Health Service.

Hence, "Neosalvarsan" is a distinctive product — **not** to be termed just "Neo".

PRICES DRASTICALLY REDUCED

NEOSALVARSAN

Trademark Reg. U. S. Pat. Off. & Canada

Brand of NEOARSPHENAMINE

Write for illustrated booklet:

"Syphilis: Suggestions on Technic and Schedules of Treatment."

WINTHROP CHEMICAL COMPANY, INC.

Pharmaceuticals of merit for the physician

NEW YORK, N. Y.

WINDSOR, ONT.

Factories: Rensselaer, N. Y. — Windsor, Ont.

591M

MUESTRAS Y MATERIAL DESCRIPTIVO A SOLICITUD.
 PROPRIETARY AGENCIES, INC., 21 Comercio St. P. O. Box 402, San Juan, P. R.

BOLETIN DE LA ASOCIACION MEDICA

DE PUERTO RICO

PUBLICADO MENSUALMENTE BAJO LA DIRECCION DE LA JUNTA EDITORA

Año XXX

SEPTIEMBRE, 1938.

No. 9

LAS SINUSITIS EN LOS NIÑOS *

ASPECTOS PEDIATRICOS

ANTONIO ORTIZ, M. D.

Santurce, P. R.

Es con gran satisfacción que participo esta noche en un "symposium", no por razones personales, sino porque apruebo e impulso la feliz idea de discutir problemas médicos desde diversos puntos de vista. Tan lejos ha llegado la especialización en la medicina, que cada uno de nosotros a menudo sólo palpa una parte de la verdad, como en el cuento de los ciegos y el elefante. Como Uds. recordarán, en este cuento, cuando uno de los ciegos toca el lado del elefante exclama: "Es una pared". Otro que palpa la trompa grita: "Es una sogá" - Otro que agarrá las patas insiste en que se trata del tronco de un árbol, el que toca los colmillos afirma que aquello es una roca, y así sucesivamente. En un esfuerzo para evitar esta clase de errores es que hemos aunado criterios en este "symposium" para luchar por un concepto más claro de lo que son las sinusitis en los niños.

Creo además, que este principio de cooperación que necesariamente conlleva un "symposium" es aún más fructífero si se extiende más allá de nuestras disertaciones públicas y privadas, a los

problemas de la práctica y al campo de las investigaciones médicas.

Lo que vamos a decir esta noche, en su poco valer, es el producto de una colaboración de esta naturaleza; aunque esta vez no podemos ofrecerles investigaciones complejas y trascendentales, sino observaciones recogidas en el curso de nuestra labor cotidiana, y arrancadas de nuestros archivos sin filigranas ni aditamentos.

Todavía persiste en muchos círculos la impresión errónea de que las sinusitis son raras en los niños. Aunque es verdad que las cavidades accesorias de la nariz no alcanzan su desarrollo anatómico completo hasta más tarde, lo cierto es que los senos etmoidales y maxilares, por lo menos, ya están desarrollados lo suficiente desde la infancia para jugar un papel importante en la patología. Y la experiencia clínica ha demostrado tan ampliamente la frecuencia y significación de las afecciones de los senos en la niñez, que ya huelga argumentar sobre este punto.

Para convencerse basta comprender que las cavidades accesorias nasales, al igual que la nariz, la faringe, la trompa de Eustaquio, el oído y los mastoides es-

*Symposium celebrado por la Asociación Médica del Distrito de San Juan, la noche del 23 de agosto de 1938, y en el cual tomaron parte los doctores Antonio Ortiz, J. H. Font, José Landrón y Luis M. Morales.

tán cubiertos por una capa mucosa que es continua. Todos ellos forman un sistema: las vías respiratorias superiores, cuyas partes están íntima y estrechamente relacionadas. Es difícil concebir una infección aislada de una sección de la mucosa sin que otras no estén necesariamente envueltas. Mientras más joven el paciente, menor la localización o el grado de limitación del proceso a una región anatómica. Dada la frecuencia de las infecciones respiratorias, no es extraño que las estadísticas y las observaciones personales confirmen la incidencia elevada de las sinusitis, aún en los países cálidos. Como dice Brenneman, un catarro tendría que ser muy leve para no ir acompañado de algunos cambios en los senos accesorios. Desde el punto de vista anátomo-patológico, Ebbs, de Londres, en el curso de 496 autopsias en un hospital general de niños, comprobó infecciones purulentas en los senos accesorios en 152, ó sea el 30.6% de los casos. En el 78.2% de los casos existía una otitis media concomitante. Aunque algunas de estas infecciones serían terminales, el autor le concede a la mayoría de ellas un valor clínico independiente.

Muchos clínicos hoy en día prefieren el diagnóstico general de infección de las vías respiratorias superiores (upper respiratory infections) a los diagnósticos más estrictamente limitados a una región anatómica. El proceso catarral se extiende con exagerada facilidad. Las lesiones asociadas son inesperadamente frecuentes: por ejemplo, Campbell en el 1932 halló evidencia objetiva de sinusitis en el 90% de 150 niños con otitis media, Fowler en el 78% de un grupo parecido, y Hoople y Cave en el 91% de 383 casos de fiebre escarlatina.

Las afecciones de los bronquios y los pulmones, tales como la bronquitis crónica, la bronquiectasia, y el "sinus lung" también están íntimamente relacionadas con el estado de las vías superiores, incluyendo los senos.

El clínico no debe olvidar nunca la unidad del sistema respiratorio, y debe mantenerse siempre alerta y vigilante ante las múltiples ramificaciones del proceso catarral.

Además sabemos que en la práctica, las infecciones de las vías respiratorias superiores constituyen la causa más frecuente de fiebre en los niños - más frecuente que todas las otras causas combinadas. En vista de esto, está claro que el pediatra tiene que estar interesado en los senos paranasales.

En lo que concierne al diagnóstico de la sinusitis nos topamos, en forma acentuada, con una dificultad muy corriente en pediatría: la escasez de síntomas subjetivos, y de manifestaciones puramente locales. En casi ninguno de nuestros casos se presentaron esos fenómenos clásicos que se asocian con las sinusitis tales como dolor o hinchazón en la cara, en la región de los senos o dolor de cabeza. En todos, los síntomas eran indirectos: se podían descifrar por clave solamente. Los dos síntomas generales que nos resultaron de mayor utilidad fueron: la febrícula o pequeñas elevaciones térmicas persistentes, y la tos crónica.

En el primer caso (M. E. C.) de siete años de edad, fué la febrícula casi la única indicación para el estudio de los senos accesorios. Se trataba de una niña ligeramente pálida que padecía de catarros con alguna frecuencia, no exagerada, pero que estando aparentemente bien, sin quejarse de nada, "le daban

décimas" día tras día. Una investigación completa no revelaba nada, todo resultaba "encantadoramente negativo" como decía mi maestro el Dr. Christian, exceptuando ligeros cambios en la faringe. El estudio radiológico reveló engrosamiento de los hilios pulmonares, un verdadero "sinus lung", y una sinusitis maxilar. Referida al Dr. Font, éste confirmó el diagnóstico. Bajo un tratamiento combinado, general y local, desaparecieron la sinusitis y la fiebre.

El segundo caso (R. P. M.) de 3 años de edad fué análogo, solamente que los síntomas respiratorios eran mucho más claros. Lo que más le preocupaba a la madre era que el niño tenía fiebre moderada todas las tardes. Había una historia de catarros que se repetían con frecuencia, varios ataques de tonsilitis aguda, hipertrofia e infección evidente de las amígdalas y adenoides, e infarto de las glándulas del cuello. Todo lo demás bien. Faltaba solamente la tos persistente para hacer un cuadro típico de sinusitis crónica: se imponía la investigación de los senos que simplemente confirmó esta impresión. Es de interés que este niño, después de haber cedido admirablemente al tratamiento médico, sufrió una recaída acompañada de una otitis media violenta.

El tercer caso, (A. A.) de 7 años también padecía de fiebres crónicas, con obstrucción nasal, catarros frecuentes, flema en la pared posterior de la faringe (post-nasal drip,) y los mismos hallazgos locales ya relatados. Diagnóstico: infección crónica de las vías respiratorias superiores, sinusitis maxilar izquierda.

Observen cuidadosamente la historia del cuarto caso, N. A. M., un niño de 10 años de edad. Décimas de fiebres por varios meses, entre ratos temperaturas

elevadas de origen ambiguo. Ataques de tos ronca, sin expectoración. Una vez fué recluso en cama por seis meses debido a cambios en los hilios pulmonares que se diagnosticaron entonces como tuberculosis traqueo-bronquial. La prueba de la tuberculina en aquella época se reporta como negativa. En el presente el P. P. D. es negativo. También se quejaba de dolor de oído con o sin supuración como una vez al mes. Catarros frecuentes. Pituita, o rinitis vasomotora, por una temporada. Vómitos a menudo. Dolor de cabeza una que otra vez. Al examinarlo se notan solamente la palidez, amígdalas grandes y enfermas, adenopatía moderada en el cuello: todo lo demás, negativo. Placas del pecho negativas; de los senos: sinusitis crónica maxilar izquierda, etmoidal derecha. Este es un caso perfecto para el otorrinolaringólogo, a quien lo hemos enviado. Para nosotros es también sumamente interesante, porque se plantea el problema de la significación diagnóstica de la fiebre persistente y de la tos crónica en relación con las sinusitis.

La fiebre prolongada como síntoma cardinal de la sinusitis crónica, merece alguna discusión aparte. Es más frecuente en los niños que los casos adultos correspondientes. La febrícula de este origen constituye una buena proporción de las fiebres de naturaleza obscura e indeterminada. Estos niños a menudo no aquejan molestias locales, a lo sumo existe un catarro que parece banal. Pero el examen completo y los análisis del laboratorio, y hasta las radiografías del pecho, no nos revelan el foco de infección, y entonces como último recurso se estudian las cavidades accesorias y se descubre la fuente del mal. En el curso de estas investigaciones tiene uno que excluir las causas más frecuentes de

elevaciones térmicas crónicas, y entre ellas, con especial cuidado, la tuberculosis, que se presta a confusiones. Dada la frecuencia de las sinusitis debemos estar más alerta y no llegar a ese diagnóstico solamente por exclusión.

La fiebre de la sinusitis crónica es tórpida - se presentan ligeras elevaciones térmicas, generalmente décimas, por las tardes. El enfermo se siente relativamente bien: es el miedo a la tuberculosis lo que induce a las madres a consultar el médico. Si se examina cuidadosamente al paciente casi siempre se encuentran indicios de infección crónica de la nariz, faringe, o del sistema linfático de las vías respiratorias superiores. Es valioso el hallazgo de flema purulenta en la pared posterior de la faringe. En algunos de estos niños yo he encontrado que hay una elevación relativa de la temperatura en la boca, al compararla con la rectal.

El diagnóstico es más fácil haya o no fiebre, si son más definitivos la obstrucción nasal, o el flujo nasal y los estornudos, los catarros repetidos o crónicos, cambios en las amígdalas, adenoides, o, en las glándulas del cuello, y tos crónica. Aquí el error consistiría en considerar este cuadro como el de un catarro corriente repetido o crónico. Los otros síntomas son comunes a todas las infecciones prolongadas: irritabilidad, la anemia secundaria, la anorexia y la pérdida de peso. No hay que esperar a que haya dolor sobre la región de los senos, ni puntos dolorosos a la presión, ni hinchazón de los párpados: dirigiéndose por los síntomas locales solo se diagnosticaría una ínfima parte de los casos.

Otra de las señales de alarma de mayor utilidad diagnóstica es la tos crónica. Es el criterio casi oficial que todo ca-

tarro o tos que se prolongue más de tres semanas, cuando no se trata de la tos ferina, merece un estudio completo del pecho, incluyendo placas radiográficas, y de los senos paranasales. Fué en el curso de esas investigaciones que se descubrió la sinusitis en el sexto paciente (J. E. A., 7años), en el séptimo, 3 años, (E. D.), y en el octavo (J. A. B. de 9 años). Siempre se tuvo cuidado de excluir la tuberculosis por medio de las radiografías del pecho y la reacción a la tuberculina. La tos en la sinusitis crónica es más molesta de noche y por la mañana que en el resto del día porque entonces el paciente no está limpiando su faringe de las secreciones de la nariz y de los senos, sino que éstas caen en la garganta, en la laringe, y pasan hasta los bronquios, provocando irritación y tos. Estas secreciones infectadas contribuyen al desarrollo de la bronquitis crónica, del "sinus lung" y de la bronquiectasia. Se sabe que todas estas dolencias mejoran si se investiga el estado de las cavidades accesorias nasales, aunque no haya síntomas locales, y si se atienden a tiempo las sinusitis que tan a menudo las acompañan.

Walsh y Meyer reportan que en 217 casos de bronquiectasia estudiados, ellos hallaron una sinusitis en el 66.8%. Mientras más joven era el paciente, más frecuente era esta asociación patológica. En la mayoría de estos casos no había síntomas subjetivos de la sinusitis. Se comprende que haya tan estrecha relación entre los senos y los bronquios si recordamos la facilidad con que las gotas de aceite, por ejemplo, pasan de la nariz y la faringe a los bronquios, especialmente si el sujeto está acostado y dormido. La caída constante de flema y de pus en el tubo respiratorio puede

provocar una bronquitis o impedir que ésta sane. A veces los cambios en las cavidades accesorias de la nariz y en los bronquios ocurren simultáneamente en el curso de una influenza o una pulmonía, pero en el desarrollo de la enfermedad la infección de las vías respiratorias superiores activa y prolonga la de las vías inferiores.

El mecanismo del llamado "sinus lung", que no se conoce por completo, probablemente es algo análogo. Se comprobó radiológicamente la existencia de una bronco-sinusitis en dos de nuestros casos M. E. C. y J. E. A., y en otros dos más del servicio de pediatría del Presbiteriano. El examen físico del pulmón sólo revelaba estertores sibilantes que no eran constantes. En la práctica el "sinus lung" se confunde muchas veces con la llamada bronquitis crónica, y a veces con la tuberculosis pulmonar y la traqueo-bronquial. A muchos pacientes este error les ha costado meses en cama, y angustias indescriptibles a sus familiares. ¡Cuántos niños con tos crónica a quienes se les achacan pulmones débiles, y se les entretiene con tantos remedios inútiles, sólo padecen de sinusitis que se podrían tratar con mayor facilidad y mayor perspectiva de éxito!

Pasemos a otros casos. En el noveno (A. J. C.) de 6 años, lo que dirigió la atención a las cavidades accesorias de la nariz fué la presencia de un gran infarto glandular crónico junto al ángulo de la mandíbula. El décimo paciente (A. R.) es una niña que había padecido de otitis media y mastoiditis, y que dos años más tarde cuando convalecía de un ataque de influenza sufrió de una crudescencia de la tos y del catarro nasal, con algún dolor de cabeza, fiebre alta, escalofríos y un bazo palpable, sin que hubiera hinchazón en la región de

los senos ni en los párpados. El diagnóstico confirmado fué el de sinusitis maxilar aguda.

En el undécimo paciente (G. T.) de cuatro años de edad, el síntoma dominante es el de catarros repetidos, sin tos continúa. En el duodécimo (S. R. C.) la situación era análoga.

Dos otros pacientes, V. M. V. e I. D., de siete años de edad, estuvieron reclusos en el Hospital Presbiteriano. El primero estaba padeciendo de los dientes cuando de repente se le hinchó dolorosamente la mejilla derecha, y la fiebre se elevó con violencia. El médico que lo atendió sospechó una sinusitis asociada con osteomielitis del maxilar. Estuvo un mes recluso en cama aparentemente con septicemia, de la que recobró. Ocho meses más tarde ingresó en el Presbiteriano debido a catarro y tos crónica. Los hallazgos más importantes fueron obstrucción nasal con flema purulenta, y numerosos estertores húmedos en el pecho. Se tomaron radiografías, y el diagnóstico final fué de: Sinusitis maxilar crónica derecha y etmoiditis crónica. Bronco-Sinusitis. Probable nódulo primario tuberculoso, ya calcificado, en el pulmón derecho.

El otro caso, I. D., vino al Presbiteriano a operarse de las amígdalas. Presentaba el mismo cuadro que hemos descrito varias veces esta noche, y además estertores húmedos de tipo bronquial.

Diagnóstico: Broncosinusitis crónica.
Etmoiditis bilateral. Sinusitis maxilar derecha.

Le he dado tanto énfasis a los síntomas generales de la sinusitis crónica, porque éstos son los que veo en la práctica, y los que más ayudan a distinguir esta afección de los catarros corrientes.

Los síntomas subjetivos locales específicamente relacionados con las cavidades accesorias generalmente brillan por su ausencia.

En las sinusitis aguda son más marcados e intensos los fenómenos locales. A menudo se aparece el edema de los párpados y los niños mayorcitos se quejan del dolor de cabeza o de puntos dolorosos en la cara. En estos casos agudos es que hay que mantenerse alertas para prevenir y atacar precozmente las complicaciones. El Dr. Font y el Dr. Morales os pueden hablar con mayor autoridad de estos aspectos.

Como ejemplo de sinusitis aguda vamos a citar a J. F., un niño de 5 años de edad. Tres días antes de ingresar al Hospital Presbiteriano en Junio del 1937, se encontraba perfectamente bien. De repente sobrevino un dolor sobre la órbita derecha seguido de hinchazón y más tarde de supuración, fiebre alta, escalofríos. Padece de sinusitis etmoidal y maxilar. Mejoró los primeros días, pero de repente cayó en coma y murió aparentemente de un absceso en el lóbulo frontal y meningitis.

Este niño nunca aquejó síntomas catarrales ni tos, según reza su historia.

- - -

¿En qué otras circunstancias deben el pediatra y el internista pensar en la posibilidad de una sinusitis crónica?

PRIMERO: En aquellos casos en que se sospeche que un foco de infección está jugando un papel en una afección interna, tal como en las nefritis y algunas artritis. Hay que considerar a los senos en la misma categoría que a las

amígdalas y las adenoides en estos casos, y no olvidar que la mayoría de los llamados focos de infección están en las vías respiratorias superiores o en los dientes. Especialmente hay que considerar los casos en los que la extirpación de las amígdalas y adenoides no alivian los síntomas.

SEGUNDO: En los trastornos nutritivos del lactante, originados por infecciones parenterales, en los que muy bien puede radicar el foco en los senos accesorios.

TERCERO: En el asma bronquial y los trastornos alérgicos en general. Se reporta que hasta casos de urticaria se han mejorado, al eliminarse un foco de infección en los senos.

CUARTO: Dolor de cabeza o dolores neurálgicos, neuritis retrobulbar. De este y otros aspectos de la cuestión les hablará el Dr. Morales.

QUINTO: Otitis media repetidas y mastoiditis, especialmente si se han extirpado ya las adenoides.

SEXTO: Las adenitis cervicales que no se explican por infecciones de las amígdalas, adenoides, o los dientes.

SEPTIMO: Ciertas infecciones de los ojos o de las órbitas.

Cuando se sospecha una sinusitis se debe referir el caso al otorrinolaringólogo para su investigación completa, o se pueden tomar radiografías preliminares. En pediatría son especialmente difíciles los métodos usados para confirmar el diagnóstico, y la transiluminación no ofrece garantías.

¿Qué podemos decir sobre las causas de la sinusitis?

De un lado sabemos que la sinusitis puede ser una manifestación alérgica pura, o complicada por una infección secundaria. Estos casos se distinguen por medio del estudio general, por las pruebas especiales de hipersensibilidad y por los cambios en la mucosa y las secreciones nasales: edema pálido, secreciones alcalinas con numerosos eosinófilos. Yo no he hecho estudios alérgicos especiales en mis casos, que clínicamente pertenecen en su mayoría al grupo infeccioso.

En el segundo grupo, o sea el infeccioso, hay dos factores importantes: el estancamiento y falta de drenaje de las secreciones de los senos y la nariz, y la infección subsiguiente. A las causas de obstrucción que discutirá el Dr. Font, permítaseme añadir el edema de la mucosa que se observa en las nefrosis y que Dean menciona en su trabajo.

La infección procede generalmente del catarro común y de los gérmenes secundarios que invaden la mucosa. Esto me recuerda una frase del Dr. Ruiz Arnau de que "de un catarro pueden venir todos los males." Los catarros hay que tratarlos seriamente, especialmente en los niños y más aún en aquellos que anteriormente han padecido de otitis, de sinusitis, o de sus complicaciones.

Al igual que el catarro común, el sarampión, la influenza, y la fiebre escarlata pueden abrirle el paso a una sinusitis.

Se ha hablado también de la posible relación de la vitamina A con la resistencia a las infecciones respiratorias.

Salvo en los casos en que existe una deficiencia subclínica o manifiesta, esta relación es dudosa.

En el tratamiento hay que tomar en cuenta todos estos factores etiológicos. En general se usan métodos conservadores y una gran parte de la responsabilidad corresponde al pediatra. Es aconsejable agotar todos los recursos médicos antes de recurrir a los métodos operatorios. Hay que atacar la obstrucción nasal por medio de las inhalaciones de vapor y las instilaciones de efedrina: así también se favorece el drenaje de los senos por las aperturas naturales. Debe prestarse atención a la limpieza de las fosas nasales. Se mantiene el paciente en cama mientras sea activa la infección, se le procura la dieta más nutritiva posible, se combate la anemia y todo lo que pueda debilitar la resistencia del paciente, se prescribe un régimen al aire libre y al sol en un clima favorable. La sulfanilamida ha sido recomendada en las infecciones estreptocócicas. El factor alérgico debe ser atendido cuando existe. Todas estas medidas generales mejoran y curan un gran número de casos. En otros, especialmente si existen complicaciones, el especialista tiene que recurrir al drenaje directo de las cavidades accesorias, a la corrección de defectos en la nariz y a la extirpación de amígdalas y adenoides hipertrofiadas e infectadas.

El pronóstico de las sinusitis en general es bueno en los niños, en los que afortunadamente, son más efectivos los métodos conservadores y es menor la tendencia a la cronicidad.

PUNTOS DE VISTA DEL OTORRINOLARINGOLOGO.

J. H. FONT, M. D.*

San Juan, P. R.

La clínica diaria otorrinolaringológica nos proporciona infinidad de casos en los que los síntomas que se nos ofrecen están íntimamente relacionados con la existencia de procesos de índole general.

Al contrario, existen igualmente afecciones primitivas, localizadas en los órganos que constituyen nuestra especialidad, que son capaces de provocar en territorios lejanos, trastornos de gran importancia, originando en ellos verdaderas enfermedades; demostrando todo esto la existencia de una solidaridad funcional tal que, muy a menudo, los fenómenos morbosos repercuten a distancia del órgano primitivamente dañado, originándose enfermedades diferentes estrechamente relacionadas con ellas.

Para enfocar bien el estudio clínico de la enfermedad que aqueja al enfermo no basta estudiarlo tan sólo desde el punto de vista de la especialidad que se cultiva, sino que hay que sentir verdadero entusiasmo por la medicina general y no olvidar las relaciones tan íntimas que mantienen todas las especialidades de la medicina con el organismo humano.

Dejando a un lado para futuras consideraciones la existencia de procesos de índole general, así como la tubercu-

losis y la sífilis, y su influencia en nuestra especialidad, nosotros nos ocuparemos esta noche de hacer destacar la influencia que tienen las infecciones del sistema respiratorio superior, especialmente las sinusitis, en el pequeño organismo humano, esto es, durante la infancia y su temprana adolescencia.

La neumatización paranasal desde la más temprana infancia es suficientemente considerable para que se tenga en cuenta la presencia de las sinusitis, no solamente en los casos de evidente infección nasal, si que también en la constante y nunca bien ponderada búsqueda por los oscuros focos de infección.

Si el enemigo público No. 1, el coriza, no estuviera sujeto a servir de anfitrión a huéspedes como el hemófilo influenza, el estreptococo, el estafilococo y el neumococo, estas cavidades paranasales no resultarían tan frecuentemente antros de infección, ya que como nos indicara Dochez en el curso de su interesante conferencia hace dos años, "esas manifestaciones de peligrosa actividad dependientes unas de otras de parte de agentes infecciosos, ilustran el efecto patológico más importante y significativo del resfriado banal en las infecciones respiratorias agudas en general." Además de la incidencia del coriza y sus secuelas, las fiebres exantemáticas y la influenza epidémica completarían la base etiológica más extensa y prolífica.

* M. Sc. (Med.), F. A. C. S., Fellow de la "American Board of Otolaryngology", Otolaringólogo del Hospital Presbiteriano.

Y si a estos potentes factores etiológicos le añadimos el impedimento al drenaje y a la ventilación ocasionado, bien por hipertrofia del tejido linfático retrofaríngeo y amigdalitis crónica, o por la existencia de un estado de obstrucción nasal, acompañada ó no de secreciones y de estornudos, en relación con un estado de alergia atenuada de patogenia no bien conocida de todos, nos explicamos la razón de la importancia y de la mayor frecuencia de las sinusitis en el niño.

Si tenemos en cuenta que un gran porcentaje de las pequeñas víctimas quedan padeciendo de una sinusitis latente que tiende a persistir, a menos que no sea la misma diagnosticada y tratada, ya que estas infecciones residuales de carácter crónico constituyen una amenaza para la vida y la salud de estos niños a la par que los hacen verdaderos portadores capaces de infectar a otros y de iniciar epidemias; y si las precedentes exposiciones son ciertas, la condición constituye un reto directo a los otolaringólogos, é indirecto para el pediatra, el internista y, en fin, para toda la profesión médica.

Marañón llama la atención sobre la existencia de sinusitis de sintomatología vaga, sólo diagnosticable por los modernos medios radiográficos, y a veces ni aún por este procedimiento; sinusitis médicas en suma, cuya principal manifestación puede ser la febrícula, con sintomatología dolorosa muy atenuada, ó nula.

¿Por qué es la sinusitis una seria amenaza?

Hemos visto, aunque afortunadamente con poca frecuencia, niños aquejados de neuritis retrobulbar, de trombosis

del cavernoso, de osteomielitis del frontal ó del maxilar, de abscesos cerebrales, de meningitis, de abscesos de la órbita y trastornos nerviosos y mentales, como efecto de una causa común y directa: las sinusitis.

Son de mayor frecuencia, en un porcentaje muy crecido, los abscesos del tímpano y las mastoiditis del mismo lado en que existe una infección sinusal.

Amenudo vemos casos que se nos refieren, curar de un trastorno renal, gastro-intestinal ó artrítico, una vez iniciado el tratamiento de la sinusitis que padecen.

Las adenopatías que sufren estos enfermitos, que por regla general, están limitadas a la región cervical, suelen encontrarse generalizadas.

Recuerdo una niña que sufría de síntomas de apendicitis. El cirujano que me la recomendó pensó en adenitis mesentérica y a juzgar por la pronta desaparición de sus síntomas y el notable cambio en su condición general una vez eliminado el foco de infección sinusal, estuvo muy acertado en su apreciación.

En relación con el hallazgo frecuente de estas adenopatías, bien limitadas al cuello ó bien generalizadas, febriles ó afebriles, y de origen rinofaríngeo, he sido y soy de opinión que la fiebre ganglionar de Pfeiffer comprende otras enfermedades que la rara mononucleosis infecciosa, la que se distingue de las otras por la presencia de los anticuerpos heterófilos. Permitidme esta digresión.

La pérdida de peso, la anemia, la anorexia, el vómito, las indigestiones, cefalalgias, la tos y las alergias son manifestaciones muy frecuentes en estos pequeños pacientes. Las frecuentes corizas en

una gran mayoría de ellos no son sino recidivas de las sinusitis.

Las frecuentes bronquitis, la laringotraqueitis y la laringitis ó "croup", son casi siempre condiciones secundarias a infección de los senos paranasales. Algunos casos de asma son también producidos por estas afecciones.

Recuerdo un caso de sinusitis debido al pneumococo Tipo 1, que también sufría de pneumonia lobar.

Y por último, las broncosinusitis, el "sinus lung" de los anglo-americanos, y su secuela, la bronquiectasia. ¡Cuántas veces se piensa en tuberculosis y se atesta el enfermito de "gaurol", y otras medicinas patentizadas, cuando en realidad estamos frente a una infección específica del pulmón, íntimamente relacionada con la enfermedad de los senos paranasales!

La falta de tiempo me impide entrar en detalles sobre esta complicación de las sinusitis. Tampoco podría hacerlo con tanta autoridad como el distinguido pediatra que me ha precedido en este interesante "Symposium", ni con la precisión que lo hará el distinguido radiólogo que me seguirá en la discusión de tema tan vastísimo. Pero sí deseo llamar aquí la atención al médico general, recordándole el gran servicio que puede prestar reconociendo el hecho de que las más de las veces estas bronquitis recidivantes se originan en una infección crónica de los senos.

DIAGNOSTICO:

No es posible discutir el diagnóstico de esta afección sin entrar de lleno en el terreno de las alergias, ya que la alergia nasal es muy común en los niños. Y hay que diferenciar la alergia nasal de la infección nasal. Hay que reconocer

la mucosa rojiza cubierta de secreciones cargadas de polinucleares y diferenciarla de la mucosa hinchada, edematosa y pálida, con secreciones conteniendo abundantes eosinófilos. El diagnóstico de la alergia nasal depende también de otros factores. Los trabajos modernos sobre alergia nos brindan una vía de importancia considerable para la clínica, rica en realidades y promesas.

Hay que sentirse internista para poder combatir con éxito ó recomendar a personas competentes en las afecciones que pueda coincidir, ó ser causa predisponente de estas afecciones del sistema respiratorio superior.

La más eficaz ayuda en el diagnóstico de las sinusitis en el niño es el examen radiológico y cuando éste confirma el diagnóstico clínico. Hay que ponerse a salvo de hallazgos radiológicos que puedan solo indicar un proceso transitorio de origen alérgico. Sobre este y otros aspectos radiológicos de sumo interés, nos hablará esta noche nuestro estimado colega, el Dr. José Landrón.

TRATAMIENTO:

Mejorar el metabolismo de estos enfermos y establecer un drenaje eficiente de la nariz y sus anexos debe ser el propósito principal de todo régimen aplicable a estos casos.

Un niño que sufre de obstrucción nasal, no solamente alberga gérmenes y materia irritante en su nariz, sino que está privado de los medios naturales de limpiar las distintas cavidades, soplándose la nariz, absorbiendo la mucosidad, ó arrancando la flema.

La obstrucción que más frecuentemente observamos en los niños es producida por amígdalas y adenoides hi-

pertrofiadas. Los cuerpos extraños no dejan de ser también un factor importante, especialmente en los casos de la clínica del Hospital. Alguna que otra vez una desviación del tabique y muy rara vez la poliposis.

La cirugía nasal en los niños, sin embargo, exige un juicio ultra-conservador, sin tener que mencionar otros requisitos por considerarlos obvios.

No sé de ningún procedimiento que beneficie a un porcentaje tan alto de casos como la operación para la extirpación de amígdalas y adenoides hipertrofiadas ó infectadas. Estas operaciones no son una panacea, pero los resultados demuestran que una mayoría de casos operados sufren con menos frecuencia de catarros, y en los que ocurren, curan con más prontitud. Las sinusitis en el niño curan con menos dificultades.

La inmensa mayoría de las sinusitis en los niños responden satisfactoriamente al tratamiento conservador. Por regla general, el tratamiento que nos dá mejores resultados consiste en contraer la mucosa congestionada y aplicar alguna preparación a base de plata coloidal, bien siguiendo el método de Proetz, el método postural, el tapón ó las pulverizaciones, de acuerdo con la edad del niño y sus necesidades.

Creo que las vacunas,—preferimos el Antígeno Bacteriano de Krueger,—son de mayor beneficio en ayudar a limpiar estas infecciones paranasales en los niños que en establecer inmunidad a los resfriados en los niños sanos. Y por último, gracias a Gerardo Domack, la Sulfanilamida, el remedio del siglo, la que usamos en todos los casos que bien por el aspecto clínico que ofrecen ó por ha-

llazgos del laboratorio, los consideramos de patogenia estreptococcica. Es en las infecciones en las que predomina el estreptococo Beta-hemolítico que esta admirable droga hace milagros. Y por último, no hay que perder de vista la necesidad de disponerles un plan adecuado a sus trastornos digestivos y a sus diátesis alérgica, dado que los trastornos gastro-hepato-intestinales, unas veces por acción refleja, y otras por acción tóxico-infecciosa, sostienen una excitación permanente ó transitoria de la mucosa nasal.

CONCLUSIONES:

Para concluir deseo repetir que el éxito en el tratamiento de las sinusitis en el niño, depende de la cooperación más decidida del pediatra ó del médico que le atienda. El rinólogo no está interesado en operar y sí muy dispuesto a cooperar con el médico para evitar a tiempo la necesidad del procedimiento quirúrgico de carácter radical.

Las sinusitis paranasales son de mucha más frecuencia en el niño que lo que generalmente se cree.

La mayoría de estas infecciones responden al tratamiento conservador.

La remoción de amígdalas y adenoides infectadas é hipertrofiadas, mejora la ventilación y el drenaje de los senos porque desaloja la nariz.

Muchas afecciones al parecer de índole general tienen sus causas patológicas localizadas en el sector de la otorrinolaringología.

Todo buen otorrinolaringólogo debe fundir en un mismo ideal su amor a la especialidad que cultiva con el culto a la medicina general.

DIAGNOSTICO RADIOLOGICO,

JOSE LANDRON, M. D.,

Santurce, P. R.

La serie de casos de afecciones de los senos paranasales en los niños que ha sido presentada a ustedes esta noche, es en mi opinión una prueba irrefutable de la importancia de este problema en Puerto Rico. Hasta hace pocos años, casi nadie hablaba o pensaba en la posibilidad de infecciones y reacciones alérgicas en los senos paranasales en los niños, apesar de que en el adulto, estas condiciones habían sido reconocidas y estudiadas detalladamente desde hace muchos años. Mientras tomaba el curso de radiología en la Escuela Graduada de Medicina en la Universidad de Pensilvania, una de las cosas que más atrajo mi atención desde un principio fué la frecuencia con que los miembros del Staff de Otorrinolaringología y Pediatría enviaban sus casos para examen radiográfico de los senos paranasales. Todo caso que padeciera de catarrros frecuentes, bronquitis o cualquier otra afección del sistema respiratorio y de etiología dudosa o desconocida, era sometido a un estudio radiográfico completo del pecho y de los senos paranasales. Me sorprendió así mismo, el gran número de casos positivos en que el niño demostraba alguna condición anormal de los senos y señales de bronquitis crónica en la radiografía del pecho. En Puerto Rico, el problema de la sinusitis en los niños no ha recibido la atención debida por parte de la clase médica en general y esta es la razón principal que nos ha inducido a presentar esta serie de casos a vuestra consideración

esta noche. En el estudio de estos casos no hemos seguido ningún plan fijo de investigación, sino que han sido extraídos de los casos que rutinariamente han sido examinados por nosotros en nuestras respectivas especialidades.

Debido a las condiciones económicas, estos casos en su mayoría no han podido ser sometidos a un examen radiológico completo, es decir, que solamente hemos tomado una, dos o tres radiografías de los senos y del pecho en casi todos los casos. Sinembargo, creemos que en la mayoría de ellos el diagnóstico hecho es bastante seguro.

Para poder interpretar inteligentemente un radiograma de los senos paranasales, bien sea en el niño o en el adulto, es necesario que la placa sea de la mejor calidad y del más detalle posible. La gran variación que existe en el espesor del cráneo y en el tamaño de los senos paranasales, hace muy difícil la obtención de una radiografía perfecta.

También es esencial para la interpretación correcta de las placas, que el radiólogo esté familiarizado con la historia clínica del paciente. Antes de poder llegar a una conclusión en un caso cualquiera, es necesario correlacionar la historia con las observaciones clínicas, bacteriológicas y radiológicas. A veces se hace necesaria una consulta entre el radiólogo y el rinólogo para aclarar ciertos casos en que exista discrepancia en-

tre el diagnóstico de uno y otro. Es posible, por ejemplo, que en el transcurso del tiempo entre el examen clínico y el estudio radiológico, ocurran ciertos cambios en la condición de los senos tal como la evacuación del pus, de tal manera que la radiografía aparezca clara y aparentemente no corrobore las observaciones clínicas del caso. Para poder interpretar los cambios patológicos que puedan ocurrir en los senos es necesario que el radiólogo esté familiarizado con la anatomía y las variaciones normales de los senos paranasales, así como su desarrollo en las distintas edades. En el recién nacido, por lo general, los senos maxilares están bien formados así como también un número de las células etmoidales. Por el contrario, rara vez se encuentran desarrollados los senos esfenoidales y frontales. En el curso de los primeros años de la niñez, es decir, después de los 2 años, los senos frontales se desarrollan gradualmente. Algo más tarde van desarrollándose los senos esfenoidales. A los 4 ó 5 años de edad los senos frontales se hallan bien desarrollados en la mayoría de los niños y un poco más tarde los senos esfenoidales alcanzan su desarrollo completo. A veces, sin embargo, los senos frontales no se desarrollan o se desarrollan en un sólo lado. Existe una gran variación en el tamaño y en la forma de los senos paranasales.

El examen radiográfico de los senos paranasales en los niños presenta ciertas dificultades, que hacen necesario el uso de una técnica distinta de la que se usa en los adultos. Debido a la dificultad de mantener al niño completamente quieto es necesario usar una exposición lo más corta posible y casi siempre hay que prescindir del uso del dia-

fragma de Bucky. El uso de aparatos especiales para sujetar la cabeza del niño es a veces contraproducente y solo tiende a aumentar la resistencia y a disminuir la cooperación del paciente. En niños de más de 4 años de edad, casi siempre es posible el uso de la técnica de adultos. Según Law, hay dos puntos que considerar en el estudio anatómico y patológico de los senos. El primero, es el carácter de las paredes, y el segundo, es la condición de la cavidad del seno. En senos normales la membrana muco-perióstica que cubre el hueso se observa en la radiografía como una línea bien definida y suave. La membrana mucosa normal, en sí, es prácticamente invisible en la radiografía. Los primeros cambios patológicos se observan en el muco-periostio que es una membrana densa y bastante gruesa. En inflamaciones y en condiciones alérgicas, la cubierta muco-perióstica se hincha y se hace menos densa. Su visibilidad se disminuye en la placa y la línea que antes era bien definida, se ensancha y se pone irregular y semitransparente a los Rayos-X. Los cambios en las cavidades de los senos dependen de la cantidad de aire que éstos contienen, y de la naturaleza de los cambios patológicos, es decir, si éstos son alérgicos, inflamatorios, supurativos, etc. Para determinar la naturaleza de los cambios patológicos que puedan observarse en las radiografías de los senos es preciso en muchos casos hacer un estudio radiográfico completo y valerse a veces del uso de la inyección de lipiodol en los senos. Este método de examen es de gran valor en ciertos casos para demostrar una hiperplasia o poliposis de la membrana mucosa.

En nuestra serie de casos, no nos ha sido siempre posible determinar si la

patología existente en los senos es de origen alérgico, hiperplástico o inflamatorio. Sin embargo, de acuerdo con nuestra experiencia y siempre que hemos podido, tratamos de dar al rinólogo nuestra impresión acerca de la naturaleza de los cambios observados en las placas. Esto, como es natural, es de tremenda importancia bajo el punto de vista terapéutico, pues el tratamiento es completamente distinto en un caso de alergia con hiperplasia de otro con una inflamación de origen infeccioso y a veces con supuración.

En los últimos dos años aproximadamente hemos tenido oportunidad de hacer examen radiográfico de los senos paranasales a un total de 22 niños. De éstos, 15, o sea, el 68%, demostraron cambios patológicos y 7 fueron negativos.

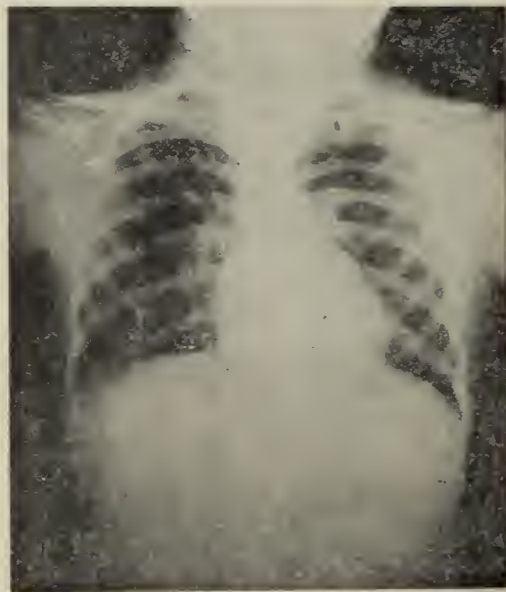
De los 22 pacientes, 11 fueron también examinados del pecho. El resultado del estudio de estos 11 fué el siguiente:

Patología en los senos y broncosinusitis	8
Patología en el pecho y senos paranasales negativos	1
Patología en los senos paranasales y pecho negativos	1
Senos paranasales y pecho negativos	1
Total	11
Número de casos examinados de los senos paranasales solamente ...	11
Positivos	7
Negativos	4

Los senos mas frecuentemente envueltos fueron los maxilares y después los etmoidales, frontales y esfenoidales, en ese orden.

CASO NO. 1 — M. E. C.

EXAMEN RADIOGRAFICO DEL PECHO — ABRIL 26, 1937 — DIAGNOSTICO: BRONQUITIS CRONICA BILATERAL SECUNDARIA A INFECCION EN LA PARTE ALTA DEL SISTEMA RESPIRATORIO. EXAMEN RADIOGRAFICO EN LOS SENOS PARANASALES: MAYO 20, 1937 — DIAGNOSTICO: PAN SINUSITIS CRONICA. SEGUNDO EXAMEN DE LOS SENOS PARANASALES EN 7-27-37 MOSTRO GRAN MEJORIA CON DESAPARICION CASI COMPLETA DE LA OPACIDAD DE LOS SENOS FRONTALES Y ETMOIDALES.



CASO NO. 1



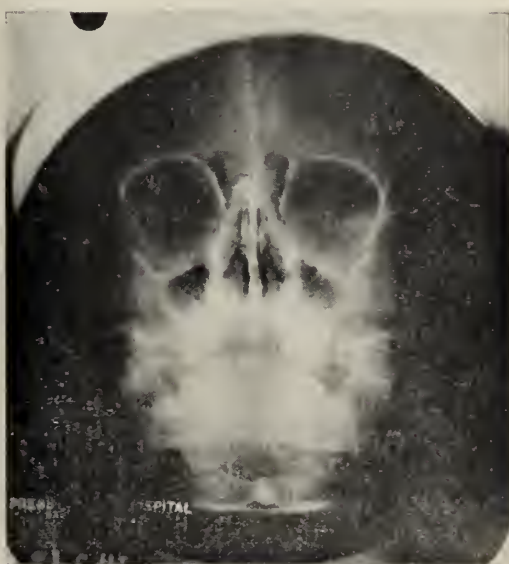
CASO NO. 1—5-20-37



CASO NO. 1—5-20-37



CASO NO. 1—5-20-37



CASO NO. 1—7-27-37

CASO NO. 2 — V. V.

EXAMEN RADIOGRAFICO DEL PECHO — 12-18-36.
 DIAGNOSTICO: BRONCO-SINUSITIS. CALCIFICACIONES TUBERCULOSAS. — NOTA: APESAR DE LA INFECCION TUBERCULOSA OPINAMOS QUE EN ESTE CASO EL AUMENTO EN LA DENSIDAD DE LAS SOMBRAS HILIARES Y PERI-BRONQUIALES ES DEBIDA A INFECCION DE LOS SENOS PARANASALES. — EXAMEN RADIOLOGICO DE LOS SENOS PARANASALES — 11-18-36. — MARCADA OPACIDAD DEL SENO MAXILAR DERECHO Y LAS CELULAS ETMOIDALES ANTERIORES DEL MISMO LADO. — DIAGNOSTICO: SINUSITIS MAXILAR DERECHA PROBABLEMENTE SUPURATIVA Y SINUSITIS CRONICA ETMOIDAL, HIPERPLASTICA DEL LADO DERECHO. SEGUNDO EXAMEN DE LOS SENOS 12-18-36 DIO EL MISMO RESULTADO.



CASO NO. 2



CASO NO. 2



CASO NO. 2

CASO NO. 4 — E. S.

EXAMEN RADIOGRAFICO DEL PECHO — 7-13-38.
 DIAGNOSTICO: BRONQUITIS CRONICA BILATE-
 RAL, SECUNDARIA A INFECCION DE LOS SENOS.
 EXAMEN RADIOGRAFICO DE LOS SENOS PARA-

NASALES — 7-13-38. DIAGNOSTICO: HIPERPLA-
 SIA DE LA MUCOSA DEL SENO MAXILAR DE-
 RECHO Y POSIBLEMENTE DE LAS CELULAS ET-
 MOIDALES EN AMBOS LADOS.



CASO NO. 6 — I. D.

EXAMEN RADIOGRAFICO DEL PECHO — 12-19-36.

DIAGNOSTICO: BRONCO-SINUSITIS CRONICA. EXA-

MEN RADIOGRAFICO DE LOS SENOS PARANASA-

LES — 12-19-36. DIAGNOSTICO: SINUSITIS CRO-

NICA HIPERPLASTICA, BILATERAL, ETMOIDAL

Y MAXILAR.



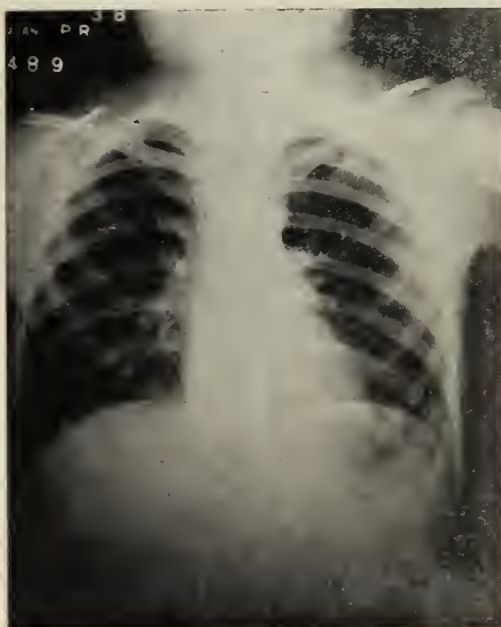
CASO NO. 6



CASO NO. 7 — E. J. A.

EXAMEN RADIOGRAFICO DEL PECHO — DIAGNOSTICO: BRONCO-SINUSITIS BILATERAL. EXAMEN RADIOGRAFICO DE LOS SENOS PARANA-

SALES — 2-18-38. DIAGNOSTICO: SINUSITIS CRONICA DE LOS SENOS MAXILAR Y ETMOIDAL DE RECHOS Y DE LOS SENOS FRONTALES.



RESUMEN:- Hemos presentado 22 casos de niños con estudio radiográfico de los senos paranasales. 15 de estos, o sea el 68%, mostraron patología. A once de los casos se le hizo conjuntamente un estudio radiográfico del pecho y 8 mostraron una bronco-sinusitis más patología en los senos paranasales.

A nuestro juicio este estudio demuestra lo siguiente:-

1—La sinusitis en los niños en Puerto Rico es una condición mucho más frecuente y más seria de lo que se ha considerado hasta la fecha por nuestra

clase médica en general.

2—La mayor parte de los casos presentan muy pocos síntomas locales, lo cual hace que no se sospeche esta condición.

3—Todo niño con un catarro crónico o de larga duración sin causa aparente debe ser sometido a un examen radiográfico del pecho y los senos paranasales.

4—Existe una relación estrecha entre la incidencia de las bronquitis crónicas y de las sinusitis.

COMPLICACIONES NEUROLÓGICAS Y PSIQUIÁTRICAS

LUIS M. MORALES, M. D.

Santurce, P. R.

Al hablar sobre las complicaciones neurológicas de las sinusitis en los niños, debo comenzar por hacer dos aclaraciones importantes:

La primera es que está lejos de mi ánimo pretender dar la impresión de que estas complicaciones son muy frecuentes o que ocurren en una mayoría de los casos. Si debemos estudiarlas y saberlas diagnosticar será no porque abundan mucho sino porque casi todas son graves, y cuando surgen deben ser reconocidas a tiempo para poder intentar medidas terapéuticas salvadoras.

La segunda aclaración es que, de acuerdo con la experiencia que he podido adquirir en la práctica, y con la información que he obtenido en la literatura consultada, no existe ninguna complicación puramente neurológica de las sinu-

itis, que sea característica del período de la niñez. Todas pueden ocurrir también en los adultos.

Debo modificar esta última aseveración, en el sentido de que algunas de ellas, como las meningitis, por ej., ocurren con mayor frecuencia relativa en los niños; mientras que otras, como la neuralgia facial y la perineuritis, aunque pueden afectar a los niños, son más corrientes en los adultos. Creo que estas diferencias se explicarían por las variaciones que pueden haber en distintas épocas de la vida en cuanto a la resistencia que el organismo ofrece a la extensión de la infección a los tejidos nerviosos. En otros casos dependen del grado de desarrollo relativo, y de la forma, del tamaño y de la posición de los senos paranasales en los niños y en los adultos.

Las complicaciones esencialmente neurológicas que pueden surgir como consecuencia de una sinusitis, dependen de varios factores que casi siempre operan en combinación. Para orientarnos mejor vamos a clasificar estos factores en tres grupos, a saber: (1) factores biológicos (2) factores anatómicos y (3) factores fisiopatológicos. En el primer grupo podríamos incluir la virulencia del agente bacteriano que es responsable de la infección primaria, el grado de resistencia que puede ofrecer el cuerpo a la infección, y las diversas reacciones biológicas de que es capaz el organismo humano ante un foco séptico. Estos factores que hemos llamado biológicos resultan ser fundamentales para la producción de toda la cohorte de posibles complicaciones que pueden formar la retaguardia de una sinusitis, incluyendo, desde luego, las complicaciones puramente neurológicas que son las que nos interesan en estos instantes. El segundo grupo consiste en la forma y estructura de los senos paranasales, y sus relaciones anatómicas con las estructuras nerviosas. En tercer lugar he mencionado el aspecto fisiopatológico del asunto, y me refiero especialmente a la forma en que el mecanismo circulatorio influye en la producción de complicaciones neurológicas en las infecciones primarias de los senos accesorios de la nariz.

No me detendré a discutir cada uno de estos grupos de factores etiológicos, por separado, por creer que esto tendría poco o ningún interés desde el punto de vista práctico, y porque además incurriría probablemente en repeticiones enojosas e innecesarias. Me ha parecido más útil ir comentando brevemente el papel que desempeñan estos diversos factores, según vaya haciendo el repaso

de las condiciones neurológicas que a veces se originan en las sinusitis.

Las afecciones nerviosas que pueden complicar las infecciones de los senos paranasales, tanto en los niños como en los adultos, son diversas, y casi todas de carácter serio. Para estudiarlas mejor, las he ordenado en cuatro grandes divisiones, a saber:

A—Complicaciones neurológicas que afectan estructuras **extracraneales**.

B—Complicaciones neurológicas que afectan estructuras **intracraneales**.

C—Complicaciones neurológicas debidas a **toxemia**.

D—Complicaciones psiquiátricas: **Reacciones Anergásicas**.

En la primera división, la de síndromes que ocurren fuera del cráneo, he incluido (1) neuralgia menor (2) neuritis retrobulbar (3) perineuritis, o neuritis intersticial, y (4) parálisis oculares debidas a celulitis o absceso de la órbita.

El segundo grupo está constituido por (1) absceso epidural (2) absceso cerebral (3) meningitis y (4) trombosis séptica del seno cavernoso.

En tercer término discutiré brevemente ciertos estados que, desde el punto de vista de localización del proceso (en el encéfalo), podríamos haber incluido en el grupo anterior, pero que a mi juicio merecen párrafo aparte por lo interesante de sus peculiaridades.

Finalmente haré un resumen de las reacciones mentales que con bastante frecuencia ocurren en los niños con sinusitis, ya debidas a la condición séptica, o específicamente a los cambios neuropatológicos concomitantes.

De más está decir que los límites en cuanto a tiempo y extensión, a que habré de ajustarme en la presentación de este trabajo, no me permitirán hacer

nada más que esbozar a grandes rasgos cada tópico.

A—Complicaciones extracraneales.

(1) La **neuralgia facial de tipo menor**, así llamada para diferenciarla de la "mayor" (mejor conocida por *tic douloureux*), débese a la afección del ganglio nasal y de los nervios periféricos. Su causa primordial es la infección de cualesquiera de los senos paranasales, pero especialmente la del maxilar, esfenoidal o frontal. El seno enfermo en estos casos afecta los nervios sensoriales periféricos, al contrario de lo que sucede en el "*tic douloureux*" que se debe a una afección del ganglio de Gasser, y en la cual no hay lesión de los nervios periféricos. El síntoma principal de la "neuralgia menor" es dolor continuo en la cara, con exacerbaciones periódicas. No es un dolor espasmódico, y no surge de pronto, como el de la neuralgia mayor, mediante cualquier estímulo trivial. Esta condición no resulta ser tan frecuente en los niños como en los adultos, por cuanto que en aquellos abundan más las complicaciones consiguientes a infección de las celdas etmoidales.

(2) La **neuritis retrobulbar** es una de las condiciones neuro-oftálmicas más interesantes y más discutidas, aunque es relativamente infrecuente como complicación de sinusitis.

Cuando ocurre una reacción inflamatoria en aquella porción del nervio óptico situada entre el punto donde entra la arteria retineana en el nervio y el globo del ojo, o sea a una distancia aproximada de 12 milímetros por detrás del globo ocular, pueden observarse ciertos cambios en el disco, visibles con el oftalmoscopio. A estos cambios característicos, producidos por edema, se les da el nombre de neuritis. Pero si la inflamación del nervio ocurre detrás del sitio

donde lo atraviesa la arteria central de la retina, existe entonces la condición llamada "**neuritis retrobulbar**", cuyos síntomas son subjetivos y que no produce, por lo menos en sus comienzos y hasta que no sobreviene más tarde la atrofia, alteraciones visibles en la apariencia del fondo ocular.

Roenne ¹ ha definido la neuritis retrobulbar como "una enfermedad del nervio óptico cuya característica es una afinidad selectiva con respecto a las fibras papilo-maculares". El diagnóstico lo hace casi siempre el oculista, pues la mayoría de los casos acuden primero, muy acertadamente, adonde él, quejándose de síntomas subjetivos del aparato visual (dolor en los ojos, que se aumenta al hacer presión sobre el globo y al mover los ojos de lado a lado). Hay también rápida disminución de la visión, y alteraciones características de los campos visuales que se descubren al practicarse la perimetría.

El neurólogo se tropieza con esta condición oftálmica en el curso de la esclerosis en placas, en la enfermedad de Schilder (*encephalitis periaxialis diffusa*) y demás trastornos análogos. Ha sido descrita también como secuela del sarampión y de la vacuna y en otras condiciones que pueden producir una encefalomielitis aguda y diseminada. Según Barnhill ² es cosa probada que puede ser ésta también una complicación de un foco de pus en el seno esfenoidal o en las celdas etmoidales posteriores. Opina el mismo autor, y en esto comparte la opinión de muchos, que la neuritis retrobulbar puede originarse de un proceso hiperplásico no-inflamatorio y sin supuración, de los mismos senos. Rea ³ en su reciente obra sobre Neuro-oftalmología, habla de los es-

tados inflamatorios de los senos frontales, etmoidales y esfenoidales como posibles causas de este tipo de neuritis óptica, especialmente del tipo crónico unilateral. Atribúyela a las toxinas que se escapan de los senos infectados e invaden la órbita. Hace referencia a un caso de pérdida total de la visión acompañado de parálisis completa de los músculos extraoculares debido a sinusitis frontal, que fué operado por Watkyn Thomas, con un éxito tal que tres meses después ya el paciente había recuperado totalmente la función de todos sus músculos y nervios orbitarios. También hace Rea referencia al clásico trabajo de Van der Hoeve, en el que estudia el efecto notable que tienen las infecciones de los senos accesorios en el nervio óptico.

Entre los neurólogos, Cushing⁴ muéstrese rehacio a aceptar la teoría que admite la posibilidad del origen rinógeno de neuritis retrobulbar, y llama la atención hacia el perjuicio que puede causarse mediante intervenciones quirúrgicas basadas en la errónea suposición de que esta afección oftálmica es una complicación de una sinusitis no-supurativa.

Barnhill⁵ comenta que el modo de infección puede no ser siempre el mismo, ya que las toxinas pueden llegar hasta el nervio por extensión directa del seno, o a través de la sangre o de la linfa. Sluder⁶ cree que cuando no hay supuración en las celdas esfenoidales o etmoidales, la neuritis óptica concomitante podría explicarse por la teoría de la existencia de un proceso hiperplásico que se extiende desde estas celdas hasta el canal óptico, estrechándolo

de tal modo que se afecta el nervio óptico por compresión.

(3) La Perineuritis o Neuritis Intersticial es otra complicación nerviosa extracraneal que puede ocurrir en niños, aunque según Ford⁷, es mucho más rara que en los adultos. Consiste en una reacción inflamatoria local en uno o más de un tronco nervioso, especialmente en su tejido conectivo intersticial. Debe diferenciarse de la polineuritis que es un proceso toxi-degenerativo generalizado. La neuritis intersticial, que se manifiesta con dolor más o menos intenso, casi siempre intermitente y paroxístico a lo largo del tronco del nervio afectado y en el área de su distribución cutánea, es un proceso inflamatorio, asociado a un foco de infección. En los casos en que el foco es remoto, como en las sinusitis, lo más probable es que el agente intermediario sea la corriente sanguínea. En los adultos este tipo de neuritis ataca más comunmente al ciático. Ford ha observado que en los niños la condición afecta preferentemente las raíces nerviosas y los nervios del plexo braquial, y también los nervios tibial, peroneal y femoral.

(4) Como última en esta lista de complicaciones neurológicas extracraneales de las sinusitis, mencionaremos otra que pertenece más bien al campo del oculista, pero que tiene casi siempre sus repercusiones neurológicas. Me refiero a la *celulitis y absceso de la órbita*. Esta complicación a veces ocurre en infecciones de los senos frontales y maxilares y de las celdas etmoidales. Los organismos patógenos pueden penetrar en la órbita a través de las venas, o valiéndose de dehiscencias óseas en cualesquiera de las paredes de la órbita, o por

el proceso directo de caries, necrosis y la formación de un trayecto fistuloso. Ocurre en estos casos notable inflamación, rubor y edema de los párpados, con dolor intenso. Puede haber marcadísimo exoftalmos, y el globo del ojo puede estar virado hacia arriba, hacia afuera o hacia abajo, dependiendo su posición de si la infección se origina en el antro maxilar, en el seno etmoidal, o en el frontal, respectivamente. No son infrecuentes en estos casos las parálisis oculares. Esta condición debe distinguirse de la trombosis del seno cavernoso, que produce síntomas externos parecidos, y sobre lo cual hablaremos más adelante.

B—Complicaciones intracraneales.

(1) Entre éstas consideraré en primer término el *absceso epidural*. Aunque la infección que proviene de un foco piógeno contiguo casi siempre termina en la formación de un absceso en la propia substancia cerebral, el pus se localiza primero en la región fuera de la duramadre. Forma entonces los llamados abscesos *epidurales* o *extradurales*. Al efectuarse la ruptura de un seno que ha estado ya para explotar debido al exceso de exudado purulento que allí se venía acumulando, este pus invade directamente la cavidad craneal, en cantidad variable. Este acúmulo de material purulento va socavando gradualmente la tabla interna del cráneo. Inmediatamente las fuerzas defensivas del cuerpo se aprestan a protegerlo, y si resultan eficaces o por otra parte la ofensiva bacteriana es débil, va formándose alrededor del pus una membrana limitante, y aparece una pared de adherencias protectoras entre la duramadre y el hueso. Así puede permanecer el

absceso entre una porción de la paquimeninges y el hueso, encapsulado y latente, por tiempo indefinido. Los síntomas que producirá serán generalmente vagos e imprecisos: lasitud, sensación de cansancio, malestar general, embotamiento intelectual. Casi siempre se inicia el cuadro con más o menos fuertes pero persistentes dolores de cabeza que, cuando son continuos y molestosos, si hay evidencia colateral de sinusitis, y van acompañados de hipertermia, deben hacernos sospechar la existencia de una extensión de la infección a la cavidad craneana. En estos casos no se debe omitir recurso alguno que ayude a establecer un diagnóstico que no pocas veces resulta ser de un absceso epidural.

(2) En los casos que acabo de describir a grandes trazos se establece una meningitis localizada. La primera línea de defensa de la naturaleza contra la invasión de la cavidad craneal por agentes piógenos consiste en este proceso de meningitis local, que ocurre simultáneamente con el absceso epidural, si la resistencia es eficaz. Esto evita la propagación de la infección. Mas, ¿qué sucede si los factores biológicos que mencionamos al principio de este trabajo se combinan en una forma nefasta y dañina para el organismo? ¿Qué ocurre si la virulencia del agente bacteriano es tan formidable que sobrepuja las fuerzas defensivas, o si, sin ser tan feroz el enemigo, halla la plaza débil e indefensa? Entonces no se detiene en la primera línea de combate. Gana allí la batalla, y continúa su avance, haciendo estragos, colándose despiadadamente por los recovecos intracraneales, y extendiendo su plan de ataque hasta las leptomenin-

ges: la aracnoidea y la piamadre, velos sutiles que están por debajo de la dura. Tan sutiles y tan delicadas son estas estructuras, que cuando se inflaman por invasión bacteriana producen en el organismo una violenta reacción.

Inolvidablemente trágico resulta el cuadro de la *meningitis purulenta*, segunda en la lista de complicaciones intracraneales que discutimos esta noche, pero primera en cuanto a frecuencia relativa, sobre todo en los niños. Y primera también por el dramatismo de sus manifestaciones, por la crueldad implacable de sus efectos y por lo fatal de su desenlace en una gran mayoría de casos. Huelga hacer una descripción del cuadro clínico de la meningitis ya que todos hemos tenido la desgraciada ocasión de haberlo observado alguna vez. Mas conviene hacer algunas consideraciones acerca del mecanismo de la invasión meníngea cuando el origen es rinógeno. No existe conexión probada entre los linfáticos de los senos accesorios y la porción superior de la cavidad nasal, con el espacio subaracnoideo. Según Savitsky⁸, el trabajo experimental de Le Gros Clarke y los estudios patológicos de Turner y Reynolds demuestran que la infección se propaga desde la parte superior de la cavidad nasal, a lo largo de las vainas perineurales de los nervios olfatorios, directamente hasta la región subaracnoidea. Las rutas posibles de infección de las leptomeninges desde un foco rinógeno son cinco, a saber: (1) por continuidad directa en casos de infección ósea, como en las osteomielitis que finalmente se extienden a la duramadre; (2) por trombosis progresiva de las venas perforantes, de acuerdo con lo que sugirió Hajek en 1903; (3) por extensión de la inflamación a través de las conexiones venosas

hasta el seno cavernoso, desde donde se propaga la infección a las venas de la piamadre con la consiguiente leptomeningitis. (Esta ruta resulta muy frecuente en las infecciones de los senos esfenoidales); (4) por extensión de la infección a lo largo de la vaina perineúrica del olfatorio. (5) Y finalmente debido a defectos postoperatorios, post-traumáticos o congénitos de la lámina cribiforme.

(3) La tercera complicación intracraneal a considerar, importante por su frecuencia relativa que, según algunos es mayor que la de la meningitis, es el **absceso cerebral**. Es esta una complicación neurológica que resulta ser mucho menos frecuente en los casos de infección de los senos que en los de infección del oído. Los abscesos cerebrales de origen rinológico son casi exclusivos de los lóbulos frontales. En estos casos es la caries ósea, sea de la pared ósea del seno frontal, o del hueso etmoides, etc., la que permite el aporte purulento al cerebro. En otros casos son las venas las que conducen el material séptico del seno infectado al encéfalo.

El absceso cerebral es siempre una complicación secundaria a un proceso infeccioso que se origina fuera del cráneo. Como complicación de las sinusitis se observa mucho más raramente que el absceso cerebral otógeno. Pero cuando ocurren en el curso de una infección de los senos, el mecanismo de su producción es muy interesante: Ya hemos visto cómo se forma un absceso epidural, y si la defensa es adecuada hay una reacción meningítica localizada que limita el foco séptico. Repasamos después cómo, si se rompe este equilibrio de ataque y defensa y gana la batalla el agente piógeno, conquista dramáticamente las defensas y penetra en las leptome-

ninges, virulento y trágicamente victorioso. Pero también existe otra posible solución al conflicto, que es la que mencionamos ahora. Cuando el enemigo no es lo suficientemente agresivo para arrasarse con las meninges de una vez, puede quedarse encerrado por algún tiempo dentro de las murallas del absceso epidural. Entonces, ladina y traicioneramente va poco a poco debilitando las defensas mientras aumenta la presión que hace sobre la duramadre adyacente. Poco a poco vándose formando adherencias y la duramadre, junto con la aracnoidea y la piamadre, establecen localmente una adherencia inflamatoria. La filtración de pus a través de la duramadre hacia la masa encefálica es tan lenta, y está tan bien resguardado el ataque insidioso por todos los flancos, que los espacios subdurales no se infectan y no ocurre, por consiguiente, la meningitis generalizada. La corteza cerebral, bien protegida por su abundante riego de sangre y linfa resulta casi siempre invulnerable. El enemigo bacteriano se encarga de ir formando un trayecto inflamatorio y fibroso desde sus cuarteles en el seno infectado hasta el mismo corazón del territorio conquistado, en la substancia blanca del encéfalo, en el lóbulo frontal en la mayoría de los casos de origen rinógeno. Este túnel que establece franca vía de comunicación entre el absceso cerebral y el seno, puede permanecer abierto, proveyendo un sistema de drenaje. Si la campaña se prolonga y se croniza el proceso, los ejércitos de vanguardia que ya han tomado posesión de la ciudad indefensa, se apertrechan bien y rodéanse de murallas, y entonces cortan la comunicación con la base de operaciones: en otras palabras, el absceso cerebral se encapsula y el tra-

yecto que lo comunicaba con el seno infectado desaparece, dejando tras sí muy leve o ningún rastro de su existencia. Pueden ocurrir abscesos múltiples. A medida que crece y se expande el absceso, puede invadir otras estructuras del encéfalo, haciendo presión contra la corteza y causando así determinados trastornos en las funciones nerviosas del enfermo, o invadiendo los tejidos profundos. Casi siempre su progreso es tan lento e insidioso, que apenas si pueden notarse signos objetivos, a menos que invada desde su principio, algunas de las regiones donde están localizados los centros funcionales importantes.

No me detendré a hacer la descripción del cuadro clínico del absceso cerebral. Bástenos recordar que, aunque relativamente infrecuente como complicación de una sinusitis, es una condición en la que el médico debe pensar tan pronto ocurran síntomas sospechosos, tales como cefalea persistente, especialmente frontal; obnubilación de la conciencia, temperatura subnormal, vómitos, bradicardia y otros signos de hipertensión intracraneal. Conviene apuntar que el absceso cerebral es más frecuente como complicación de las sinusitis crónicas que de las agudas. De la precocidad en el diagnóstico de la existencia de un absceso encefálico, y de la prontitud y eficacia de la intervención depende la vida del paciente.

(4) Entre las complicaciones intracraneales que afectan directamente el sistema circulatorio del cerebro, en los casos de sinusitis descuella por su relativa frecuencia y por su temibilidad, la **trombosis séptica del seno cavernoso**. Si refrescamos la memoria en cuanto a ciertos detalles anatómicos, recordaremos que los senos venosos que están en la duramadre reciben innumerables ve-

nas tributarias que en ellos desembocan. Estos senos a su vez se derraman directa o indirectamente en las venas yugulares internas. Hay cinco de estos senos venosos principales, a saber: (1) el longitudinal superior o sagital, que recibe las venas que drenan las porciones superior y mesial de los hemisferios cerebrales; (2) el seno sagital inferior, que ocupa el margen inferior del falx cerebri y se derrama en el (3) seno recto. Este, que está en la duramadre donde se encuentran el falx y el **tentorium**, recibe el sagital inferior, las venas cerebelosas superiores y la gran vena de Galeno. (4) Los **senos cavernosos**, de los que hay un par, están situados en la duramadre en la base del cráneo a cada lado de la silla turca. Reciben numerosas venas de la órbita, incluyendo la vena central de la retina y algunas venas de la corteza. (5) Por último, los **senos laterales**, también llamados **sigmoideos** o **transversales**, se originan en el **torcular Herophilii** y se extienden lateral y anteriormente en el margen del tentorio hacia la base del peñasco del hueso temporal. De ahí se conectan con el bulbo yugular. Son sus tributarios las venas emisarias mastoideas, los senos petrosos superiores y las venas diplóicas. Existen, además, numerosas conexiones colaterales y anastomósicas.

Para los efectos del tema que consideramos esta noche, de todos estos senos los que más nos interesan son los cavernosos. Con muy raras excepciones la trombosis séptica de los senos laterales siempre ocurre como complicación de una otitis media supurada y de la mastoiditis. En los casos de sinusitis, como en los de forunculosis de la cara, osteomielitis de los huesos faciales y otros focos de infección localizados en esa región, el proceso séptico,

casi siempre se extiende por vía de la nariz, a través de las venas que se derraman en el seno cavernoso. Las venas etmoidales desaguan en la oftálmica, que a su vez desemboca en el seno cavernoso.

El cuadro clínico de la trombosis séptica del seno cavernoso es tan característico que basta observarlo una sola vez para que quede grabado en la memoria. Hay edema de las tejidos de la órbita y de los párpados, proptosis del ojo del mismo lado correspondiente a la lesión, congestión de las venas alrededor del ojo, y en muchos casos congestión y edema de la cabeza del nervio óptico. Casi siempre el sexto nervio craneal se paraliza, y le siguen el tercero y el cuarto. A veces se afecta también el quinto. Generalmente el proceso se extiende al lado opuesto por vía del seno circular, y pocos días después de iniciado el proceso, ambos ojos están brotados e inmóviles. Acompaña a esto la hiperpirexia, escalofríos, leucocitosis y todos los signos de una condición séptica aguda. La meningitis no tarda en aparecer. La cifra de mortalidad, sobre todo en niños, es más de 90%.

C—Complicaciones neurológicas debidas a la toxemia.

Bajo este epígrafe es mi intención incluir ciertos trastornos del sistema nervioso que ocurren con bastante frecuencia en los niños, a consecuencia de estados sépticos e infecciones agudas. Constituyen síndromes que aún se prestan a confusiones, y sobre cuya verdadera etiología y patología hay una gran diversidad de opiniones, pero que no por eso dejan de ser una realidad clínica. Me refiero a la condición conocida por los nombres de **meningismo**, **pseudo-meningitis**, o más técnicamente, el de **Encefalopatía Aguda Tóxica**.

El capítulo que aún se está escribiendo en la historia de la Patología, se ha enriquecido en los últimos años con los avances que se han hecho en la interesantísima rama de la neuropatología. Entre las condiciones debidas a infección, con repercusiones en el sistema nervioso, se significan por el extraordinario interés que revisten las encefalomiELITIS diseminadas que ocurren de vez en cuando asociadas al sarampión, a la vacuna, a la parotiditis y otras enfermedades de análoga etiología. La corea de Sydenham puede también clasificarse entre las encefalopatías tóxicas de tipo más o menos específico, aunque su verdadera base anatomopatológica es todavía un misterio. Entre las encefalopatías específicas está también la que ocurre en relación con la tosferina. Y hay además una infinidad de trastornos agudos, tóxicos, que afectan el sistema nervioso, y que están asociados a una enorme variedad de circunstancias clínicas y pueden ser resultado de toxinas bacterianas o no-bacterianas.

No es ésta ciertamente ocasión propicia para enfrascarnos en una discusión de las teorías que hay en el ambiente acerca de estas condiciones. Se ha hablado y se ha escrito sobre **virus neurótropos**, tanto en pro como en contra. Se ha predicado, por otra parte, la teoría de que las lesiones que en estos casos sufre el sistema nervioso débense a las toxinas producidas por el virus de la infección original, que tiene la propiedad de destruir la mielina del sistema nervioso. La demielinización que ocurre en todos estos casos es ciertamente muy sugestiva de la acción de toxinas hematógenas. Otros, en fin, echan mano de la teoría de las alergias y pretenden convencernos de que en estos casos se forman anticuerpos que

destruyen la mielina. Este último punto de vista surgió del estudio de la parálisis que ocurre después de la inoculación antirábica. Y así, casi ad infinitum. El capítulo es ciertamente interesantísimo, y aún falta mucho para terminarlo.

Mas haciendo caso omiso de ese aspecto de la cuestión, lo cierto es que en el curso de enfermedades infecciosas agudas, incluyendo los focos agudos de infección, como las sinusitis, por supuesto, el niño enfermo cae en un estado de estupor o de delirio, y se retuerce en convulsiones generalizadas y desarrolla un estado de rigidez muscular. La verdadera meningitis, el absceso cerebral y la trombosis de los senos venosos son las condiciones que más pueden confundirse con la que estamos considerando. A veces resulta muy difícil establecer el diagnóstico diferencial.

El curso de esta complicación es variable. Si a las pocas horas desaparecen, como es posible que ocurra en muchos casos, los síntomas de irritación meníngea, se le llamará "meningismo" a esta condición, y el niño recobrará la salud sin que la pequeña tormenta que sufriera deje huella alguna. En otros casos más graves persisten los síntomas neurológicos, y puede haber otros signos localizados tales como hemiplegia y desvío conjugado de los ojos. Si el estupor y las convulsiones persisten durante una semana o más, el pronóstico es casi siempre desfavorable. Quedarán residuos permanentes que se manifestarán en las funciones motoras, y también, por desgracia en todos estos casos graves, en las funciones intelectuales del individuo.

D—Complicaciones psiquiátricas.

No quiero dar por terminado este trabajo sin tocar, aunque sea a la ligera,

las complicaciones de carácter psiquiátrico que se observan tan frecuentemente en los niños que sufren una infección aguda. Hubo una época, por fortuna ya relegada a la historia pasada, en que no había trastorno de la personalidad o cambio de carácter o problema de conducta en niños y adultos, que no se le achacara a un foco de infección como principal causante. Todavía de vez en cuando llegan a la consulta del psiquiatra estos individuos que aún andan por el mundo como reliquias vivientes de la época en que la teoría de la infección focal cautivó al público médico, por considerarla solución universal al problema complicadísimo de la personalidad humana y sus complejas relaciones ambientales. Y así desfilan por nuestros consultorios, hombres y mujeres desdentados, apendicectomizados, sin vesícula biliar, y mujeres histerectomizadas y huérfanas de ovarios; pero apesar de todo eso, continúan sus obsesiones, y sus fobias, y sus rituales compulsorios y su insomnio, la ansiedad y la angustia que creían que iba a desaparecer mediante el rito mágico del bisturí o la purificación del electrocauterio. Y nos llevan también a sus niños, sin amígdalas, sin adenoides, es verdad; limpios de todo foco séptico; pero con sus rabietas, sus malos hábitos, sus fracasos en la escuela y sus malascrianzas en todo su apogeo.

Ya por fortuna el médico contemporáneo con su más amplia visión de los procesos morbosos, hija de una más vasta y sólida preparación en las ciencias fundamentales, se da cuenta de que los trastornos de la personalidad, como muchas enfermedades corporales, no pueden explicarse fácilmente atribuyéndolos exclusivamente a factores puramente somáticos. Sabe que hay una

enormidad de circunstancias que ha de tomar en consideración cuando trata de ayudar eficazmente a un semejante que, lleno de fe en su pericia, se entrega en sus manos profesionales.

Lo que tal vez ha contribuido en mayor medida a desarrollar y establecer plenamente este útil concepto esencialmente biológico de la enfermedad, es la doctrina de la totalidad unitaria del organismo. Predicada por maestros como William Alanson White y Adolf Meyer, esta idea de considerar el organismo como una unidad la cual no puede ser dividida entre cuerpo y mente, entre psique y soma, es la piedra angular de la escuela psiquiátrica llamada *psicobiológica*.

El niño enfermo reacciona diferentemente al niño sano. Claro está que los cambios de carácter y las anomalías del comportamiento dependerán tanto de la personalidad del niño como del ambiente que lo rodea. Una de las lecciones más importantes que podemos aprender de la psicobiología es la de considerar al individuo como una unidad psicofísica y también sociobiológica, que tiene que efectuar ciertos ajustes internos y adaptarse además, a las personas y a las circunstancias que lo rodean.

Cada vez que nos hallamos frente a un niño que está padeciendo una infección supurada de los senos paranasales, debemos tener presente que no estamos viendo un caso más de sinusitis, sino que ante nosotros tenemos un muchacho que tiene ciertas características individuales y modos de reacción personalísimos y que además está sufriendo de una condición séptica que puede afectarlo en diversas formas. La sinusitis en este caso (y quien dice sinusitis puede sustituir el término por cualquier otra entidad patológica), no es sino un accidente, probablemente responsable de

que hayamos sido llamados para atender el niño, y que es nuestro deber remediar. Pero es un accidente que no puede ocurrir aisladamente, sino que surge en la vida de un organismo que está constituido en una forma específica, y que va a reaccionar como unidad total a esta situación, de un modo muy personal. El cuadro toxi-infeccioso habrá pues de afectar la vida mental del niño, **indirectamente**, por el solo hecho de estar éste enfermo, o **directamente** por el efecto de la enfermedad en el sistema nervioso.

Los trastornos de la personalidad producidos indirectamente en el niño por el foco de infección pueden derivarse del malestar y la incomodidad somática que sufre el niño. Asimismo podríamos incluir dentro de estas formas indirectas de reacción, toda la gama de posibles moldes inusitados de conducta que se manifiestan en los niños en estas circunstancias y que están emocionalmente condicionados y determinados por la actitud que asumen tanto el enfermito como sus padres y allegados, ante la situación.

Los trastornos de la personalidad y desviaciones de la conducta que se deben **directamente** a la acción del foco séptico en el sistema nervioso, constituyen el grupo de reacciones llamadas por Meyer y los psicobiólogos, reacciones **anergásicas**.⁽⁸⁾ El nombre en sí indica una falta o pérdida de *ergasia*, término éste que se deriva del griego *ergazomai* que significa laborar, estar activo. Estas formas **anergásicas** de reacción denotan una pérdida o deficiencia debida a alteraciones estructurales en el tejido nervioso. Comprenden aquellas perturbaciones mentales que están íntimamente relacionadas con cambios histopatológicos en la substancia cerebral. Exis-

ten en todos estos casos ciertos trastornos neurológicos que resultan importantes para el diagnóstico. Las repercusiones psiquiátricas son componentes importantes de estos estados morbosos, y pueden desaparecer tan pronto cure el proceso neuropatológico con el que estaban asociadas. Por el contrario pueden persistir, dejando sus tristes huellas en la personalidad, durante todo el resto de la vida del paciente.

Sin entrar en la discusión de síndromes específicos, pueden aseverar, en términos generales, que las lesiones cerebrales consecutivas a cualquier inflamación o destrucción del contenido intracraneal pueden afectar al niño muy seriamente, deteniendo completa o parcialmente su desarrollo psíquico, produciendo un déficit en las funciones mentales que ya sabía llevar a cabo, o causando un notable cambio en la vida emocional, adaptiva y social del paciente. Hay la posibilidad de que ocurran "cambios de carácter" y desviaciones de la personalidad y del modo habitual de comportarse, con defecto intelectual o sin él.

En las enfermedades agudas pueden presentarse distintos grados de obnubilación de la conciencia, en todos los tonos desde el leve sopor hasta el estado comatoso y el delirio. En las infecciones más crónicas pueden sufrir la memoria, la capacidad del juicio y la atención, y la habilidad para comunicarse verbalmente. La función del lenguaje puede, o no adquirirse, o más tarde perderse total o parcialmente, o adquirirse en forma defectuosa, produciéndose entonces las afasias, parafasias, ecolalia, etc., a veces conjuntamente con otros trastornos relacionados: apraxia, alexia, agrafia. He venido en contacto profesional con niños que durante el curso

de una sinusitis aguda han presentado un cuadro delirante, con embotamiento casi total del sensorio y alucinaciones visuales y auditivas. En ninguno de estos pacientes se presentaron signos que hicieran sospechar complicaciones intracraneales de tipo orgánico; y eventualmente han aclarado por completo, sin secuelas.

Otros casos, menos afortunados, sufren secuelas psicopatológicas después de la invasión cerebral del proceso séptico; y entre éstas las más corrientes son los trastornos de la inteligencia, los síndromes epileptiformes, la incapacidad para la utilización de conocimientos o de experiencia previamente adquiri-

dos, especialmente en lo que concierne a saberse proteger del peligro, y las tendencias antisociales que constituyen un serio problema para la familia y para la comunidad.

Con esto termino el desarrollo del tema que se me asignó para esta noche. A grandes rasgos he querido presentar una visión de conjunto de las complicaciones neuropsiquiátricas en las sinusitis, especialmente cuando ocurren en los niños. Réstame tan sólo expresar al Dr. Font mi agradecimiento por haberme invitado a tomar parte en este "symposium", y a mi distinguido auditorio por la paciencia con que ha sabido escucharme.

NOTAS BIBLIOGRAFICAS:

- 1—Citado por Rea en la pág. 313 de su obra sobre Neurooftalmología (*vide infra*).
- 2—John F. Barnhill, en su artículo "Complications of Nasal Sinus Disease" en la obra "The Nose, Throat and Ear and their Diseases", editada por Chevalier Jackson y George Morrison Coates; Philadelphia; W. B. Saunders; 1930.
- 3—R. Lindsay Rea: "Neuro-ophthalmology"; St. Louis; The C. V. Mosby Co., 1938.
- 4—Véase Jackson y Coates, *op. cit.*, págs. 145-146.
- 5—Ibid.
- 6—Ibid.
- 7—Frank R. Ford: "Diseases of the Nervous System in Infancy, Childhood and Adolescence"; Springfield, Ill.; Charles C. Thomas, 1937.
- 8—Nathan Savitsky: "Diseases of the Meninges", en "Nelson Medicine", N. Y., Thomas Nelson and Sons. (Vol. VI, cap. XXV, pág. 550 D).
- 9—Leo Kanner: "Child Psychiatry"; Springfield, Ill.; Charles C. Thomas; 1935.

Boletín de la Asociación Médica de Puerto Rico

Avenida Manuel Fernández Juncos, Parada 19
Santurce, P. R.

Año XXX Septiembre, 1938 No. 9

Editor y Administrador:

Dr. E. Martínez Rivera

Editores Asociados:

Dr. Leopoldo Figueroa

Dr. Pedro S. Malaret

Dr. David E. García

Dr. J. Noya Benítez

Dr. L. Gaetán Roberts

NOTAS EDITORIALES

PROGRAMA NACIONAL DE SALUD PUBLICA

En la noche del día 15 del mes en curso y con motivo de que al día siguiente se discutía el programa del National Health Conference por la Cámara de Delegados de la A. M. A. en la ciudad de Chicago, se celebró en el edificio de la Asociación, una sesión extraordinaria de nuestra colectividad, con el propósito de que ésta expresara sus puntos de vista sobre el particular; sesión a la cual asistieron alrededor de 150 compañeros, ávidos todos de aportar sus luces en la discusión de problema de tan trascendental importancia para la clase médica y el país en general.

Tras de un prolongado cambio de impresiones sobre los distintos puntos esbozados en el programa mencionado anteriormente, los médicos presentes acordaron expresarse en contra del mismo, aprobando en su defecto la siguiente resolución:

“La Asociación Médica de Puerto Rico reconoce la necesidad de que se ha-

gan gastos adicionales por los gobiernos Federales y de los Estados siendo su principal objetivo la expansión de la actual organización de sanidad pública en la reducción de la tuberculosis, la uncinariasis, la malaria, la diarrea, la enteritis, etc.

“Se recomienda que se cree la expansión de este programa, y que la mitad de los fondos lo suministre el Gobierno Federal.

“La Asociación Médica de Puerto Rico recomienda el tratamiento médico gratis a los pacientes pobres, incluyendo atención hospitalaria y en dispensarios. Los gastos anuales de estos servicios se sufragarán en un 50 por ciento por el Gobierno del Estado y 50 por ciento por el Gobierno Federal.

“La Asociación Médica de Puerto Rico recomienda la creación de un Departamento Nacional de Sanidad y Bienestar en el Gabinete del Presidente, dirigido por un médico de reconocida capacidad.

“La Asociación Médica de Puerto Rico ofrece toda clase de cooperación para la expansión de las campañas contra las enfermedades infecciosas.

“La Asociación Médica de Puerto Rico desaprueba toda clase de socialización o nacionalización de los servicios médicos o de la profesión médica.”

Resumiendo los términos de la anterior resolución, el Presidente cursó al Speaker de la Cámara de Delegados de la Asociación Médica Americana, al día siguiente, el cablegrama que transcribimos a continuación:

“Sírvasse transmitir a nuestro delegado las siguientes instrucciones. En la alternativa, léanse ante asamblea. El Capítulo de Puerto Rico recomienda la expansión de la organización de sanidad para combatir las enfermedades cróni-

cas y transmisibles. Acepta la ayuda del Gobierno Federal en un 50 por ciento para la atención médica y hospitalaria a pacientes pobres. Nos unimos al movimiento en pro de un Departamento Nacional de Sanidad en el Gabinete. La

Asociación Médica de Puerto Rico rechaza toda forma de socialización o nacionalización de los servicios médicos según se recomienda en el programa nacional de sanidad."

NOTA: En nuestra próxima edición publicaremos un resumen de lo que resuelva la Cámara de Delegados de la Asociación Médica Americana en relación con este asunto. Por ahora, y para que nuestros compañeros tengan un mejor conocimiento del programa de la Conferencia Nacional de Salud, nos

complacemos en reproducir un abstracto en Inglés de dicha conferencia tal como apareció en el número de Septiembre del "American Journal of Public Health", así como un resumen en español, que gentilmente ha preparado nuestro compañero, el Dr. Guillermo Arbona.

NATIONAL HEALTH CONFERENCE

A REVIEW *

A National Health Conference, called by the Interdepartmental Committee to Coordinate Health and Welfare Activities, was held in Washington, D. C., July 18 to 20. This committee was appointed by the President in August, 1935, following the passage of the Social Security Act, "in order that the full benefits of the various federal programs under the Act provisions might reach with minimum delay and maximum effectiveness the individual men, women, and children for whose aid and service the program was brought into existence." This committee consists of Josephine Roche, Chairman, former Assistant Secretary of the Interior; and of the U. S. Public Health Service; Eugene L. Bishop, M. D., Executive Secretary; Arthur J. Altmeyer Chairman of the Social Security Board; Milburn L. Wilson, Under Secretary of Agriculture; Oscar L. Chapman Assistant Secretary of the Interior; and Charles V. McLaughlin, Assistant Secretary of Labor.

A Technical Committee on Medical Care has been working for some months under the Interdepartmental Committee. This commit-

tee consists of Martha M. Eliot, M. D., Children's Bureau; I. S. Falk, Ph. D., Social Security Board; and of Joseph W. Mountin, M. D., George St. John Perrott and Clifford E. Walker, M. D., of the Public Health Service.

There were 171 persons invited to participate in the Conference by the Interdepartmental Committee. These persons were invited merely as individuals and for what they might contribute rather than as representatives of particular groups. The Conference was carefully prearranged with respect to personnel make-up, and agenda. The presence in large numbers of representatives of the consumers of medical care lent it interesting color and distinguished it from previous meetings of its kind. In addition to the persons formally invited to the present there were approximately an equal number of invited observers who were excluded from participation and discussion, together with members of the press. A classification of those who participated in the Conference may be summarized as follows:

Total number of delegates	171
Delegates having a degree of M. D.	53
Persons identified with	
Public Health agencies	20
Social and welfare agencies	20
Labor	20

* Reproduced from the American Journal of Public Health, September 1938, Volume 28, Number 9.

Journalism 11
 Hospital management and organization 9
 Local, state, and federal government officials,
 exclusive of public health and hospitals 9
 Industry 9
 Agriculture 8
 Women's organizations 8
 Economists 4
 Educators 4
 Nursing 3
 American Legion 3
 Dentistry 3
 Foundations 2
 Miscellaneous organizations 10

Of the total, some 35 persons were identified with the American Public Health Association as Fellows or members.

This Conference, which was held at the suggestion of President Roosevelt after considering the preliminary report of the Interdepartmental Committee presented to him in February, 1938, was opened by Miss Roche, as Chairman, who read a message from the President. The President enumerated some of the strides which have been taken by medical science and public health within recent years. He mentioned the extension of public health and maternal and child welfare services under the Social Security Act, the launching of a special campaign to control syphilis, the establishment of the National Cancer Institute, and the use of federal emergency funds for the expansion of hospital and sanitation facilities, the control of malaria, and many related purposes. The President pointed out that, in spite of these steps forward, there is need for a coordinated national program of action. Such a program, he said, must necessarily take into account the fact that millions of citizens lack the individual means to pay for adequate medical care. He stated the economic loss due to sickness is a very serious matter, not only for many families with and without incomes but for the nation as a whole. He asked that the Conference plan a long-range comprehensive program providing for the most efficient cooperation of federal, state, and local government with voluntary agencies, professional groups, media of public information, and individual citizens.

At the outset, Miss Roche expressed the hope that the Conference might contribute to two ends: (1) a better understanding of national needs in the field of health and medical care; (2) the formulation of policies which will enable the medical and other professions, private organizations, federal, state, and local

agencies, and individual citizens to cooperate in efforts to meet these ends.

Miss Roche went on to say that the people of the United States are alert and determined that the frequently difficult but ultimately sure and progressive processes of democracy shall serve all the people and that human conservation is an obligation of government. She pointed out that the findings of the survey show that the gross sickness and mortality rates for the poor of our large cities are as high today as they were for the nation as a whole half a century ago. The average person in a relief family experiences 3 times as many days of disability annually as the average person in the upper income group. One in every 20 family heads in the relief population is unable to work because of chronic disability, as contrasted with only 1 in 250 heads of families with incomes of \$3,000 or over. Miss Roche pointed out that, when translated into human reality, the statistics show that 40 per cent of the counties in the United States where 18 million people have their homes have no registered general hospital, and that among 50 million Americans who live in families receiving less than \$1,000 income a year, illness and death increase their toll as income goes down, medical care decreasing sharply as need for medical care amounts.

There were addresses by Katherine Lenroot, Chief of the Children's Bureau, Department of Labor, and Dr. Thomas Parran, Surgeon General of the U. S. Public Health Service. There followed a discussion of national health needs and the speakers included Dr. Irvin Abell, President of the American Medical Association; William Green, President of the American Federation of Labor; Dorothy J. Bellanca, Vice-President of the Amalgamated Clothing Workers of America; Mrs. H. W. Ahart, President of the Associated Women, American Farm Bureau Federation, and Dr. Hugh Cabot, Consulting Surgeon of the Mayo Clinic. The Chairman inquired whether anyone was prepared to challenge the statement of need as made by the technical experts, and there was no response.

The second day of the Conference was utilized for the presentation by the technical experts of a general program of medical care, together with plans for insurance against loss of wages during sickness, a study of hospital

facilities and studies of medical care for the medically needy.

In referring to the recommendations from the Technical Committee on Medical Care, Miss Roche pointed out that these recommendations were presented to President Roosevelt in February, 1938, and that it was at his suggestion that the National Health Conference was called. She stated that the Conference was not asked to take formal action on any part of these recommendations. They were put forward merely as a basis for discussion and the Interdepartmental Committee, she said, sought the frankest discussion of the means of improving the health service and medical care of the people of the United States.

The National Health Program in Summary

The following represents a summary of the National Health Program as recommended by the Technical Committee on Medical Care to the Interdepartmental Committee to Coordinate Health and Welfare Activities;

A study of health and medical services in United States indicates that deficiencies in the present health services fall into 4 broad categories:

1.—Preventive health services for the nation as a whole are grossly insufficient.

2.—Hospital and other institutional facilities are inadequate in many communities, especially in rural areas, and financial support for hospital care and for professional services in hospital is both insufficient and precarious, especially for services to people who cannot pay the cost of the care they need.

3.—One-third of the population, including persons with or without income, is receiving inadequate or no medical service.

4.—An even larger fraction of the population suffers from economic burdens created by illness.

In its report the committee submitted a program of 5 recommendations for meeting with reasonable adequacy the existing deficiencies in the nation's health services. Although estimates of the total additional annual costs to federal, state, and local governments were submitted, the committee did not suggest that it is practicable to put into effect immediately the maximum recommendations. Rather it stated the broad problem and possible solutions and contemplated a gradual expansion along well planned lines with a view to achieving operation on a full scale within about 10 years.

Recommendation I — The expansion of public health and maternal and child health services.

The committee recommended the expansion of existing cooperative programs of the Social Security Act.

A.—The expansion of general public health services (Title VI). Prevention occupies the first place in this recommendation and increasing federal participation is proposed to promote a frontal attack on certain important causes of sickness and death for the control of which public health possesses effective weapons. In order to strengthen public health organization; to eradicate tuberculosis, venereal diseases, and malaria; to control the mortality from pneumonia and from cancer; and to promote mental and industrial hygiene; an estimate was made of \$200,000,000 annually for an adequate program with the proposal that approximately one-half of these increased funds be provided by the federal government.

b.—Medical and nursing care of mothers and their new-born infants, medical care of children, services for crippled children, consultation services of specialists, and more adequate provisions for the postgraduate training of professional personnel are included in this part of the recommended program. The objective sought is to make available to mothers and children of all income groups and in all parts of the United States minimum medical services essential for the reduction of our needlessly high maternal mortality rates and death rates among infants, and for the prevention in childhood of diseases and conditions leading to serious disabilities in later years. A gradually expanding program reaching at least by the 10th year a total additional annual expenditure of \$165,000,000 was recommended. Again it was proposed that approximately one-half of the cost should be met by the federal government.

With reference to Recommendations II, III, and IV, the expansion of medical services and facilities, the committee explored the adequacy of services for the sick, the sickness experience of broad groups of the population, and the availability of professional and hospital services for these groups. The committee concluded that the needs for diagnostic and therapeutic services to individuals are greatly in excess of the facilities, even when supplemented by a strengthened program of preventive services as proposed in Recommendation I. The committee found that current practices in the provision of medical services and facilities fall far short of meeting these needs. It took account of personnel and facilities, of financial support of services required by persons who are themselves unable to pay for the care they need, of the sickness burdens of self supporting persons, of methods of paying for medical care, and of assuring income for workers who are disabled by sickness. It concluded

that these needs warrant an expansion of medical services and facilities on a broader front than that contemplated in Recommendation I alone.

Recommendation II - The expansion of hospital facilities.

After making a special study deficiencies in existing hospital and other institutional facilities, the committee was impressed by the increasing part which hospitals play in the health and sickness services. The committee found the hospital accommodations and organizations throughout the country ill adapted to the varying needs of people living under different social, economic, and geographical circumstances. In hospitals offering general care the percentage of beds supported by patients' fees is out of proportion to the ability of the population served to pay, and many general hospital beds are empty a large part of the time. There are too few low cost or free beds to satisfy the needs. There are wide areas - some 1,300 counties - having no registered general hospitals, and many other are served only by one or two small proprietary institutions. Only in large city hospitals have outpatient clinics been developed to any considerable extent. Governmental tuberculosis sanatoria and mental institutions tend to be overcrowded or are otherwise restricted in funds or personnel in rendering the community service for which they should be equipped.

The committee recommended a 10 year program providing for the expansion of the hospital facilities of the nation through the provision of 360,000 beds, including general, tuberculosis, and mental hospitals in rural and urban areas, and by the construction of 500 health and diagnostic centers in areas inaccessible to hospitals. These new hospitals or units would require financial assistance during the first 3 years of operation. Averaged over a 10 year period the total annual cost of such a program, including special 3 year grants for maintenance of new institutions, is estimated at \$146,050,000 of which construction would total \$110,650,000, and 3 year maintenance \$35,400,000.

Recommendation III - Medical care for the medically needy.

Grouped together under this recommendation is the need for persons without income and supported by general relief and, as well, fami-

lies with small incomes. The committee pointed out that these persons are doubly handicapped. They have higher rates of sickness and disablement than prevail among groups with larger incomes. They have lesser capacities to buy and pay for the services they need. Current provision to assist these people is not equal to the need. The committee recommended that the federal government, through grants made to the states, should implement the provision of public medical care to two broad groups of the population. (1) Those for whom government has already accepted some responsibility through the public assistance provisions of the Social Security Act, through work relief programs, or through provisions of general relief and (2) those who though able to obtain food, shelter, and clothing from their own resources are unable to procure necessary medical care. In this way the test of indigency was removed from the requirements for relief. The committee estimated that on the average, \$10 per person annually would be required to meet the minimum needs of these two groups for essential medical services, hospitalization, and emergency dentistry. This part of the program might be begun, it was suggested, with the expenditure of \$50,000,000 the first year, gradually expanded until it reached the estimated level of \$400,000,000 which would be needed to provide minimum care to medically needy groups. Again the committee recommended that one-half of the total annual cost be met by the federal government.

Recommendation IV. - A general program of medical care.

Directing attention to the economic burdens for self-supporting persons created by sickness, the committee pointed out that there is need for measures which will enable such people to anticipate and to meet sickness costs on a budget basis. Summarizing their conclusions, as a result of many studies, the committee stated that the costs of sickness are burdensome more because they fall unexpectedly and unevenly than because they are large in the aggregate for the nation, or on the average for the individual family. Except in those years when unemployment is widely prevalent, sickness is commonly the leading cause of social and economic insecurity. Without great increase in total national expenditures,

the burdens of sickness costs can be greatly reduced, through appropriate devices to distribute these costs among groups of people and over periods of time.

In recommending the consideration of a comprehensive program designed to increase and improve medical services for the entire population, the committee pointed out that such a program would be directed toward closing the gaps in a health program of national scope left in the provisions of Recommendations I and III. To finance the program it was proposed that two sources of funds might be drawn upon: (a) general taxation or special tax assessments, and (b) specific insurance contributions from the potential beneficiaries of an insurance system. The committee recommended consideration of both methods, recognizing that they may be used separately or in combination.

Recommending that such a program should preserve a high degree of flexibility, in order to allow for individual initiative, and for geographical variations in economic conditions, medical facilities, and governmental organization, the committee indicated its belief that it should provide continuing and increased incentives to the development and maintenance of high standards of professional preparation and professional service. It was further pointed out that this plan should apportion cost and the timing of payments so as to reduce the burdens of medical cost and to remove the economic barriers which now prevent the rendering of adequate care.

The committee made clear that in planning for a program of medical care of a magnitude to serve the entire population, this aim must be regarded as an objective to be fully attained only after some years of development. The role of the federal government, according to the committee, should be principally that of giving financial and technical aid to the states in their development of sound programs through procedures largely of their own choice.

Recommendation V - Insurance against the loss of wages during sickness.

The committee recognized the importance of assuring wage earners continuity of income through periods of disability. While a disability compensation program is not necessarily part of the medical care program, the

cost of compensating for disability would be needlessly high if wage earners generally did not receive medical care necessary to return them to work as soon as possible. The committee believed that temporary disability insurance can be established along lines analogous to unemployment compensation and that permanent disability insurance may be developed through the system of old age insurance.

THE COST OF THE PROPOSED PROGRAM

Estimating the maximum annual cost to federal, state and local governments of Recommendations I, II and III, with duplications eliminated, the committee estimated that about \$850,000,000 of new funds would be required to be achieved within a 10 year period. This figure, however, was presented primarily as a gauge of need.

The committee pointed out that in proposing Recommendation IV for an adequate general program of medical care, the maximum prospective annual cost would be in the vicinity of \$20 per person per year, or no more than is already being spent through the private purchase of medical care. However, in considering the possibility that a national health program more limited in scope than that which is outlined in the entire series might be adopted, it was believed that Recommendations I and II should be given special emphasis and priority. "Summarizing the entire report, the Technical Committee on Medical Care stated its conviction that, as progress is made toward the control of various diseases and conditions, as facilities and services commensurate with the high standards of American medical practice are made more generally available, the coming decade under a national health program will see a major reduction in needless loss of life and suffering and an increasing prospect for longer years of productive self supporting life in our population."

SUMMARIES OF THE CONFERENCE

In speaking over the radio during the Conference Dr. Thomas Parran pointed out that the Conference was considering large scale measures to deal with the whole problem of health and medical care in the country at

large. He emphasized the fact that not only the humanitarian basis of good health was considered but the savings to the nation which will accrue from a more healthful population. He added that the Conference differed in at least two important respects from similar conferences held in the past. In the first place it brought together not only the medical and other professional experts but representatives of labor, the farmers, and other groups of citizens who receive or would like to receive adequate health services and medical care. Dr. Parran quoted President Roosevelt as saying that, while the professional experts can help, nevertheless the ways and means of dealing with this problem "must be determined with a view to the best interests of all our citizens." Secondly, he said, the National Health Conference is distinguished by the fact that it is intended to lead to action.

It was plain through Dr. Parran's address and many others that the people of the country realize that they are not obtaining the full benefits of modern medical knowledge with its tremendous scientific advances, and with even greater emphasis it was brought out that they are demanding more help and medical service.

Significant among the declarations of Dr. Parran were that, comprehensive and complicated as the whole program may seem, it is in no sense revolutionary. In each of its parts it seeks to do better, more skillfully, more universally for all the people, what is already done to conserve health in some communities or for some people. No radical change in medical practice is contemplated, according to Dr. Parran. He further pointed out that the first concern of the Conference is to reduce the amount of sickness rather than simply to spread the cost of sickness, and he pointed out that in this respect the American Medical Association and the representatives of all consumer groups were agreed. Also in agreement were many who felt that the underprivileged groups of our population who cannot provide good medical care for themselves need help from public funds if they are to have the benefit of medical science.

Charles W. Taussig, President of the American Molasses Co., summarized his own opinion which appeared to be widely shared at the Conference:

There seems to be a general acceptance at this Conference of the factual presentation of the desperate

need for more adequate medical service to the underprivileged. Some opposition, however, has been voiced to a federal subsidy to take up this slack. In other words, as a mass problem the need for a greatly augmented medical service is unanimously recognized, but some of us, unfortunately, hesitate to go beyond the mere recognition of the problem. A reason frequently given for this timidity is that a coordinated attack by the federal, state and local governments on this problem of proper medical care will in some unexplained way destroy our democratic system of government. I recognize that what we have been discussing at this conference puts democracy to a severe test, for one of the first questions that we must ask of the democratic process is: Can it meet the recognized social requirements of our people?

The American concept of democracy has never carried with it the implication of a changeless political, social, and economic order; yet it has become the habit of a certain group to brand every suggested effort to improve the condition of the underprivileged and to make less cumbersome our governmental processes as being destructive to democracy. Totalitarians recognize such mass problems as we are considering here. They deal with them on a mass basis. But the genius of democracy lies in its ability to reduce the problem of the masses to its component parts of individual human needs and desires, and to solve the problem on that front.

We underestimate the virility of our democracy when we refuse to meet an acknowledge need, not because we do not know how to meet it, not because we lack the resources to meet it, but because we are afraid that some alien political philosophy may creep upon us unaware and destroy our institutions. If democracy in the United States has become such a feeble thing, it can no longer serve us. It is a paradox that the most vociferous vocal defenders of democracy join with Hitler and Mussolini in proclaiming democracy's alleged inability to cope with complex social and economic problems.

Let us remember that democracy is a sword as well as a shield, that its purpose is not only to defend old liberties, but to make new social and economic conquests as well. This Conference presents a magnificent challenge to the democratic process.

Adjourning after 3 days, the Conference adhered to the suggestion made by the Chairman and took no vote. It was announced that the government Technical Committees would work over the material as presented and the criticisms made during the Conference with the objective of formulating legislative bills suitable for consideration by the Congress, and it was suggested that a similar conference might be called within a few months to consider a definite legislative program based on these recommendations.

CONFERENCE GLEANINGS

"Public Health may well be the next great social issue in this country." Thomas Parran, M. D., Surgeon General, U. S. Public Health Service.

"We cannot attack a 10 billion dollar program with small change". Josephine Roche, Chairman, Interdepartmental Committee.

"Those of us who are concerned with the progress of medical science usually think that the great events of medicine occur only in the research laboratory or the operating room. We are witnessing here in Washington another kind of progress in medicine - an effort to put medical science to work. The National Health Conference may well be the greatest event in medical science which has happened in our time." Thomas Parran, M. D.

"The individual in need is indivisible as to his relief and his medical care." M. Antoinette Cannon, New York School of Social Work.

"This conference will mean further shifting of the center of gravity in this problem toward the consumer." Hugh Cabot, M. D., Rochester, Minn.

"It is indeed futile to increase the demand for better medical and health services without increasing the facilities." Charles W. Taussig, President, American Mollasses Company.

"Our studies of the money value of human life show that, taken as a whole, our human assets are at least five times as valuable as our economic assets." Louis J. Dublin, Ph. D., Metropolitan Life Insurance Company.

"Our purpose is not to create a Utopia but to face and accept at least minimum responsibilities for medical care." Fred Hoehler, Director, American Public Welfare Association.

"The real question for us to face is what is the intelligent, decent, and adequate way to do this thing?" President Frank Graham, University of North Carolina.

"The consumer interest is with the medical profession now. It may not always be." John P. Koehler, M. D., Milwaukee, Wis.

"The prospect of having more people lean for medical care on the broad shoulders of Uncle Sam has been distressing to a considerable number. I would rather have more people lean on the broad shoulders of Uncle Sam for this purpose than on the narrow and cadaverous shoulders of the Elizabethan poor laws. They were not a modern solution." Paul Kellog, Editor, Survey Associates.

"There have been so many surveys of national health needs that, as one mother, I fear that our children will grow up to be unhealthy adults before we as a nation put into effect a sound and adequate health program." Mrs. J. K. Pettengill, President, National Congress of Parents and Teachers.

"Complacency now has no justification. The situation would seem to be too big for the resources of medicine to meet alone." Robert Osgood, M. D., Harvard University.

"In health protection self help is preferable to outside aid; government intervention in medicine is desirable as a last, not a first, resort." S. S. Goldwater, M. D., New York City Commissioner of Hospitals.

"If a wider application of the voluntary insurance principle will produce a readier flow of effective service, the principle is entitled to support." S. S. Goldwater, M. D.

"Medical care should be locally rather than nationally administered. The effective and economical administration of medical aid for the masses by huge federal agencies is well nigh impossible." S. S. Goldwater, M. D.

"Only a few years ago my people — the field workers, the packing house workers, etc. — did not know what it meant to demand that their needs, their lives, their happiness be considered. They were only half Americans with no voice in the government, with no part in planning this democracy. But now these men and women are organized and they have learned how to ask for what they want, how to demand what they need." Florence Greenberg, Chicago.

"I maintain that the first problem for this government is to relieve poverty and I maintain, as one who understands something of the nature of the practice of medicine, that medical care is not the most important problem before the people of the United States today." Morris Fishbein, M. D., Editor, Journal of the American Medical Association.

"It is true that if the economists could show us how to produce and distribute an income equal for the health and other needs of every family, the need for many public health measures would be minimized. The interrelationship between poverty and disease is well known. Disease begets poverty and poverty in turn creates more disease. At the present time, however, our proven ability to prevent disease exceeds greatly our proven ability to control other causes of poverty... Medicine and public health should lead economics rather than follow it. The application of preventive medicine offers the best opportunity to interrupt the downward spiral, to tear out the roots of poverty and the consequences of ignorance by attacking the one most readily preventable fact." Thomas Parran, M. D.

"I propose to recognize the needs which have been dramatized for us, to go home and to recommend to the American medical profession through the Journal of the American Medical Association and through the House of Delegates that they do all they can to meet these immediate and pressing needs without sacrificing the standards of medical care which will give the people good medical service." Morris Fishbein, M. D.

"My respect for the medical profession to which I belong is so great that I am sure that the quality of medical care which physicians provide will never depend on the method by which they are remunerated for their services." John P. Peters, M. D., Professor of Medicine, Yale University.

"If all of the groups of the country must help in solving this great problem of medical care, that means that the government will have to do it, does it not? And really, the federal government is not an invading hostile power that knows nothing about the needs of this country. After all, what is it? It is ourselves, ourselves organized, and surely it is more or less susceptible to our influence." Alice Hamilton, M. D., Consultant U. S. Department of Labor.

"You may rest assured that in any of the efforts which are made for the betterment of the health care of the people of this country you will have the wholehearted cooperation of the American medical profession." Irvin Abell, M. D., President, American Medical Association.

"The following is a typical case from the National Youth Administration: In a Middle-western industrial city, 1,800 boys and girls were given a thorough phy-

sical examination. Forty-three per cent of them were found to be unemployable by private industry because of their physical conditions, but it was estimated that with corrective medical treatment this large portion of youth, who were occupationally handicapped because of physical defects, could be reduced to 8 or 10 per cent." Charles W. Taussig.

"If I may for a moment speak to you as the head of an industrial corporation, I should like to emphasize that the expenditure of \$850,000,000 for public health does not frighten business. Business bears a far greater financial burden now, due to our neglect of inadequate health control, than its share of the tax burden will be under the proposed plan. The annual toll of preventable illness measured in terms of money runs into billions. Progressive business will regard an adequate health service as a subsidy to industry — not as a burden." Charles W. Taussig.

"The participation of a labor representative at a conference of this kind to consider national health needs with a view to formulating a national program is in itself a significant departure and an indication of the growing recognition that the problem of health is no longer a private and purely professional concern, but that it is manifestly one of the widest possible public urgency." Dorothy J. Bellanca, Vice-President, Amalgamated Clothing Workers of America.

"In the large cities as well as in the rural areas the low income groups experience sickness and mortality today as if there had been no progress at all during these past fifty years. The results of medical science have reached those who could afford them." Dorothy J. Bellanca.

"There can be no acceptance by the medical profession of any system of medical care which is based on the idea that the well-to-do shall receive one quality of medical care while the farmer, the laborer, and the white collar worker are to be placated with a wider distribution of an inferior medical service." Irvin Abell, M. D.

"Spot maps developed by the Council on Medical Education and Hospitals of the American Medical Association reveal that only 13 counties in the United States are more than 30 miles distant from an acceptable general hospital, and in 8 of these counties there are less than 5 people per square mile of territory." Irvin Abell, M. D.

"According to the method proposed for testing the adequacy of distribution of hospitals in the United States, as presented by the American Medical Association, one hospital of 10 beds in New York City and one in Chicago would be assumed to meet completely the needs of these communities. Measures of the actual utilization of hospitals are necessary. Otherwise the conclusions are absurd." Professor C. E. A. Winslow, Yale University.

"The medical profession agrees with all other agencies on the importance of the following objectives: The provision of good medical care for all the people; the development of comprehensive preventive and public health services; the development of appropriate measures to combat specific health problems, and a continuous, orderly improvement of the distribution of medical services and hospital facilities, both by geographic and economic divisions." Irvin Abell, M. D.

"It is easy to say that there are many thousands or millions living in economic conditions where health and

happiness are impossible in a democracy as vast as ours, but I would like you to realize that this problem varies not only from state to state; it varies so much in the different counties or townships in each state, that most formulas imposed on our people as a whole would do a great deal more harm than good. It is with this purpose in view, and as a result of the very able address delivered by Miss Josephine Roche at the meeting of the American Public Health Association last year, that the American Public Health Association has inaugurated and is pushing to completion a painstaking study of the needs of medical care and the method for their provision in each county in the United States." Irvin Abell, M. D.

"I was interested to hear the president of the great American Medical Association refer to the survey which they are now carrying out. I do not myself feel much confidence in the result because I am not clear by precisely what method physicians are to know about people whom they never see. The people who get no medical care obviously do not crowd the doctors' offices and precisely how they are to arrive at figures which will be more convincing, if perchance we need any figures that are more convincing, is beyond the limits of my slow mind." Hugh Cabot, M. D.

"The day is not so very long gone when the medical profession of not only this but every other country took the general and very benign view that all medical problems were their problems and that the whole problem of sickness and preventive medicine was the problem of the physician. There was been accumulating evidence that the consumer is beginning to wake up to the fact that he has a collateral interest in this problem, that he is the one who is paying the bill, and that he has a right to a very large word in what is done and in how it is done. Here in this Conference for the first time I hear clearly and boldly and bravely and gallantly stated the problem of the medical consumer." Hugh Cabot, M. D.

"It is my firm belief that this Conference marks the ridge of the hill between the old indifference to health as a matter of national concern and a new understanding that health is the first and most appropriate object for national action." Thomas Parran, M. D.

"I think we shall have action on several aspects of our problem because it would appear that at the present time people in general are beginning to take it for granted that an equal opportunity for health is a basic American right. They are thinking just a little ahead of the law makers and even, I fear, ahead of the practitioners of public health and of clinical medicine." Thomas Parran, M. D.

"The social significance of this Conference lies in the fact that for the first time we can be optimistic that action will follow plans." Thomas Parran, M. D.

"The ideal traffic plan is not that which provides a first aid station at all intersections and streamlined ambulances to carry away the victims of traffic accidents." Thomas Parran, M. D.

"I see in the discussions of this Conference an extraordinarily touching appeal to the medical profession. It has been the boast of the medical profession, and the just boast, and the source of proper pride, that if a woman came with a sick child to an individual physician and said, 'My child is suffering and we want you to care for it', that he never failed to respond. Now what has happened here this week is that the represen-

tatives of millions of men and women in the United States have come to the medical profession as a group and said, "Our members are sick and suffering and we want medical care for them, and we want means provided by which we can pay". It is possible, it is conceivable that that appeal is going to be rejected I think not." C. E. A. Winslow, Dr. P. H.

Pending final action by the House of Delegates, "The Association may well abide by the fundamental principles and policies already established.... These principles and policies do not forbid, nor do they seem to contemplate any opposition to, a well considered expanded program of medical services, particularly pre-

ventive medical service, when the need can be established. Neither is there any fundamental principle or policy which in any manner opposes aid to the indigent or even to what are called the medically indigent if their medical indigence can be established, provided such aid comes through agencies which will not tend to lower the quality or standards of medical care." Editorial comment on the National Health Conference, from the Journal of the American Medical Association.

REGINALD M. ATWATER, M. D.,
Dr. P. H.
Executive Secretary,
American Public Health Association.

LA CONFERENCIA NACIONAL DE SALUD

El Presidente de los Estados Unidos, en agosto de 1935, a raíz de haberse aprobado la Ley de Seguridad Social, nombró un "Comité Inter-departamental para Coordinar las Actividades de Salud Pública y Bienestar Social del Gobierno Federal." En la actualidad estas actividades del gobierno federal se llevan a cabo por diferentes departamentos. Así pues bajo el Departamento del Tesoro funciona el "Servicio Federal de Sanidad" (United States Public Health Service) bajo el Departamento del Trabajo funciona el "Negociado de la Niñez" (Children's Bureau) bajo el Departamento de Agricultura la "Administración de Alimentos y Drogas" (Food and Drug Administration), etc.

El Comité Inter-departamental nombró a su vez un comité técnico que lo asesorara. Este comité lo formaron Martha M. Eliot, M. D., del "Negociado de la Niñez"; I. S. Falk, Ph. D., de la "Comisión de Seguridad Social"; Joseph W. Mountin, M. D., George St. John Perrott y Clifford E. Waller, M. D., del "Servicio de Sanidad Federal". Este comité practicó un estudio sobre la salud pública y facilidades médicas

y hospitalarias en Estados Unidos.

A base de ese estudio rindió un informe con las recomendaciones pertinentes al Comité Inter-departamental quien lo aceptó y presentó al Presidente Roosevelt.

A sugerencia del Presidente, el Comité Inter-departamental llamó a una "Conferencia Nacional de Salud" para "planear un programa comprensivo proveyendo una cooperación más eficiente de los gobiernos federal, estadual y local con agencias voluntarias, grupos profesionales, medios de información pública y ciudadanos individuales en materias de salud pública y bienestar social.

El programa de salud del comité técnico hacía las siguientes recomendaciones:-

I—EXPANSION DE LOS SERVICIOS GENERALES DE SALUD PUBLICA

La medicina preventiva ocupa el primer puesto en esta recomendación. Se recomienda, además, participación económica federal que vaya en aumento año por año y se propone un ataque de

frente a ciertas causas importantes de enfermedad y muerte para el control de las cuales la sanidad o salud pública posee armas efectivas. Para fortalecer la organización de salud pública; erradicar la tuberculosis, las enfermedades venéreas y la malaria; para controlar la mortalidad por neumonía y cáncer; para promover higiene mental e industrial; se estimó la suma anual de \$200,000,000 para un programa adecuado proponiendo que aproximadamente la mitad de estos fondos sean provistos por el gobierno federal.

Atención por médicos y enfermeras a madres y sus niños recién nacidos, cuidado médico de niños, servicios a niños lisiados, servicio de consultas por especialistas y facilidades más adecuadas para entrenamiento de personal profesional están incluidos en esta parte del programa recomendado. El objetivo es poner a la disposición de madres y niños de todos los grupos económicos y en todas partes de Estados Unidos el *mínimum* de servicios médicos esenciales para la reducción del alto promedio de mortalidad maternal y mortalidad infantil y para la prevención de enfermedades y condiciones en niños que les traen discapacidad física más tarde en sus vidas. Un programa que se desarrolla gradualmente que al menos por el décimo año de práctica signifique un gasto de \$165,000,000 fué recomendado. De nuevo fué recomendado que la mitad del costo de este programa fuese acarreado por el gobierno federal.

II—LA EXPANSION DE FACILIDADES HOSPITALARIAS

El comité recomendó un programa que provee la expansión de las facilidades

hospitalarias de la nación proveyendo 360,000 camas adicionales incluyendo hospitales generales, para tuberculosis, y para enfermedades mentales en áreas urbanas y rurales y proveyendo la construcción de centros de diagnósticos en áreas inaccesibles a los hospitales. Estos nuevos hospitales y unidades necesitarán ayuda económica durante los primeros tres años de operación. Durante un período de 10 años tal programa incluyendo ayuda económica para el funcionamiento de estas instituciones durante los primeros tres años, ocasionará un gasto de \$146,050,000 de los cuales \$110,650,000 serán para construcción y \$35,400,000 para funcionamiento.

III—AYUDA MEDICA A LOS NECESITADOS (DESDE EL PUNTO DE VISTA MEDICO)

En este grupo están incluídas las personas indigentes y las personas que aunque estén en condiciones económicas que les permite comer, vestir y ocupar una casa no les permite sufragar los gastos que ocasionan enfermedades crónicas o enfermedades que requieran fuertes gastos inmediatos.

El Comité recomendó que a través de dinero entregado a los estados, éstos deben proveer cuidado médico adecuado a dos grupos de la población. (1) A aquellos para los cuales el gobierno ha aceptado ya la responsabilidad a través de ayuda pública a través de la ley de seguridad social de trabajos de ayuda (work relief program) o de ayuda directa (general relief). (2) A aquellos que aunque pueden obtener alimentos, casa y ropas por sus propios esfuerzos no pueden conseguir la atención médica ne-

cesaria.

Este programa puede empezarse con un gasto de \$50,000,000 el primer año y expandirse gradualmente para proveer el cuidado médico mínimo de los grupos médicamente necesitados hasta cubrir el estimado de \$400,000,000 anuales. De nuevo recomendó el comité que la mitad de estos gastos fueran aportados por el gobierno federal.

IV—UN PROGRAMA GENERAL DE ATENCION MEDICA

El comité llamó la atención a la necesidad de medidas que ayuden a personas que se ganan la vida satisfactoriamente a anticipar y sufragar el costo de atención médica a base de un presupuesto. Los gastos por razón de enfermedad son una carga difícil más porque caen de repente y mal distribuidos que porque son subidos tanto en total para la nación como en promedio para la familia. Sin gran aumento en gastos totales para la nación el costo por enfermedades puede reducirse a través de planes apropiados que distribuyan estos gastos entre grupos de personas y por períodos de tiempo.

Al recomendar la consideración de un programa comprensivo para aumentar y mejorar los servicios médicos de la población entera el comité dijo que tal programa debe ser dirigido a llenar los huecos de las recomendaciones I y III. Para llevar a cabo el programa se propusieron dos fuentes de ingresos (a) una contribución especial sobre la propiedad (b) contribuciones específicas sobre el seguro de los beneficiarios potenciales de un sistema de seguro. El comité recomendó la consideración de ambos métodos reconociendo que pueden usarse

separadamente o en combinación.

Recomienda el comité que tal programa debe contener un alto grado de flexibilidad, de manera que permita iniciativa individual y cambios en el programa en diferentes sitios debidos a condiciones económicas, facilidades médicas y organizaciones gubernamentales. El comité cree este plan debe proveer incentivos continuos y que vayan en aumento para el desarrollo y mantenimiento de altos niveles de servicio y preparación profesionales. Este plan debe distribuir el costo y fijar el tiempo en que se harán los pagos para de esta manera reducir las dificultades del costo de servicios médicos y quitar las barreras económicas que hoy en día evitan que se rinda un servicio médico adecuado.

El comité reconoce que el desarrollar un plan de atención médica para la población total requiere un número de años para lograr su objetivo. La parte del gobierno federal deberá ser la de dar ayuda económica y técnica a los estados en el desarrollo de programas a través de procedimientos determinados por los propios estados en su mayor parte.

V—SEGURO EN CONTRA DE LA PERDIDA DE SALARIOS DURANTE ENFERMEDAD

El comité creyó que seguro por incapacidad temporal puede establecerse bajo las mismas bases que el seguro contra el desempleado y el seguro contra incapacidad permanente bajo las mismas bases que el seguro de la vejez.

La Conferencia Nacional de Salud consideró el informe del comité técnico en todas sus partes, considerando ade-

más las estadísticas e informaciones que el comité incluyó en su informe.

A esta importante conferencia fueron invitados representantes de muchos grupos y asociaciones. El total de delegados o invitados subió a 171 personas que se pueden clasificar como sigue:

Delegados con M. D.	53
Personas identificadas con	
Agencias de salud pública	20
Agencias sociales y de bienestar ..	20
Representantes del trabajo orga-	
nizado	20
Prensa	11
Organización y funcionamiento de	
hospitales	9
Oficiales de los gobiernos fede-	
rales, estadual y local excluyendo	
a aquellos conectados con la salud	
pública y hospitales	9
Industria	9
Agricultura	8
Organizaciones femeninas	8
Economistas	4
Educadores	4
Enfermeras	3
Legión Americana	3
Dentistas	3
Fundaciones	2
Organizaciones misceláneas	10

Durante tres días consecutivos estuvo reunida la asamblea discutiendo el plan del comité técnico. La conferencia no llegó a acuerdo alguno. Se cambiaron ideas y se criticaron y se defendieron las recomendaciones del comité técnico. No se sometió a votación este informe.

El Dr. Thomas Parran resume la conferencia diciendo que se consideraron medidas a grande escala para afrontar el problema de salud y atención mé-

dica en el país. Se dió énfasis a que no solo se consideraba la base humanitaria de la salud pero también el ahorro a la nación que vendría de una población más saludable. La conferencia difería de conferencias similares del pasado por lo menos en dos puntos importantes. En primer lugar asistieron no solo expertos médicos y otros profesionales sino también representantes del trabajo, agricultores y otros grupos de personas que reciben o quisieran recibir atención médica adecuada. Segundo, la conferencia nacional de salud se distingue porque se espera que nos lleve a actuar. El país reconoce que no está obteniendo los beneficios completos del conocimiento médico moderno con sus tremendos progresos científicos y pide más ayuda y más servicio médico.

Dice el Dr. Parran, que a pesar de que el programa parezca comprensivo y complicado no es en sentido alguno revolucionario. No se contempla ningún cambio radical en la práctica de la medicina. En cada una de sus partes se trata de hacer mejor, más eficientemente y más universalmente para todo el pueblo lo que está ya haciéndose para conservar la salud de parte del pueblo en algunas comunidades. La primera atención de la conferencia es reducir la cantidad de enfermedad más que repartir el costo y en este respecto la Asociación Médica y todos los grupos que consumen servicios médicos están de acuerdo. También de acuerdo estaban muchos que creían que grupos no privilegiados de la población que no pueden procurarse atención médica adecuada para ellos mismos necesitan ayuda de fondos públicos si han de recibir los beneficios de la ciencia médica.

El "Journal" de la Asociación Médica Americana comenta la conferencia de esta manera, "La Asociación puede muy bien decidirse por los principios ya establecidos. Estos principios no prohíben ni aparentan oponerse a una bien estudiada expansión de los servicios médicos, especialmente servicio médico preventivo cuando la necesidad sea establecida. Tampoco existe principio fundamental alguno que de alguna manera se oponga a la ayuda al indigente y hasta a aquellos que se llaman "indigentes médicos" si su indigencia desde el punto de vista médico puede establecerse, siempre y cuando tal ayuda venga a través de agencias que no tiendan a bajar la calidad y nivel del cuidado médico.

El Dr. Irvin Abell, Presidente de la Asociación Médica, dice que la profesión médica está de acuerdo con todas las otras agencias en la importancia de los siguientes objetivos: Dar buena atención médica a todo el pueblo; desarrollo de servicios de medicina preventiva y salud pública comprensivos; el desarrollo de medidas apropiadas para combatir problemas específicos de salud; y un mejoramiento ordenado y continuo de la distribución de servicios médicos y facilidades hospitalarias tanto por divisiones geográficas como económicas.

El Dr. Hugh Cabot se expresó así: No hace mucho que pasó el día en que la profesión médica no solo de este país pero de todos los países tomó el punto de vista general y muy benigno de que todo problema médico era su problema y que el problema general de enfermedad y de medicina preventiva era el problema del médico. Se está acumulando y ha acumulado evidencia de que el consumi-

dor de servicios médicos está despertando a la realidad de que él tiene un interés colateral en este problema, que él es el que paga la cuenta y tiene el derecho en poder decir mucho sobre lo que se hace y como se hace. Aquí en esta conferencia por primera vez ha sido clara, valerosa y galantemente expresado el problema del consumidor de servicios médicos.

El Dr. Peters de la Universidad de Yale dice: "Mi respeto por la profesión médica a que pertenezco es tan grande que aseguro que la calidad del servicio que proveen los médicos nunca dependerá de la manera en que se les pagará por sus servicios."

El Dr. Morris Fishbein dice: Yo me propongo reconocer las necesidades que se han dramatizado aquí para nosotros, ir a mi casa y recomendarle a la profesión médica a través del "Journal" de la Asociación Médica y a través de la Cámara de Delegados que hagan todo lo posible para remediar estas necesidades individuales sin sacrificar el alto nivel en que hoy está el servicio médico que le asegura al pueblo buena atención médica.

"No puede haber aceptación por la profesión médica de ningún sistema de cuidado médico que se base en la idea de que el rico reciba una calidad de servicio médico mientras el agricultor, el trabajador de cuello blanco y el trabajador inexperto reciba una amplia distribución de servicio médico mediocre." Dr. Irvin Abell.

N. del T. Este es un abstracto de un artículo en el American Journal of Public Health.

Próximamente se publicará un artículo sobre "Las Recomendaciones del Comité Técnico sobre salud en relación con la salud y los servicios médicos en Puerto Rico".

NOTICIAS MEDICO-SOCIALES

Dr. M. Díaz García:

Recientemente regresó del Norte, a donde había ido con el propósito de descansar de su labor cotidiana y tratar de someterse a un estudio general de su sistema, el estimado colega cuyo nombre encabeza estas líneas.

Celebramos el regreso del amigo distinguido, quien ha venido muy repuesto de sus quebrantos, y hacemos votos sinceros porque conserve su preciada salud.

Dr. Antonio Ortiz:

El día 10 del mes en curso embarcó hacia el Norte en un viaje de placer que se prolongará durante un mes, nuestro estimado colega, el Dr. Antonio Ortiz, activo tesorero de nuestra Asociación.

Deseamos al querido compañero unas muy gratas impresiones durante su permanencia en el Continente.

Durante la ausencia del Dr. Ortiz actuará como Tesorero interino de la Asociación, el Dr. José Chaves.

Dr. J. H. Font:

En compañía de su distinguida esposa y de su hijo mayor, quien cursa estudios en la Academia Militar de Valley Forge, embarcó hacia los Estados Unidos, el 15 del mes en curso, el querido compañero cuyo nombre sirve de epígrafe a estas líneas.

El amigo Font lleva el propósito de asistir a la Convención Anual de la Academia Americana de Oftalmología y

Otorrinología, de la cual es miembro, y que se celebrará el día 9 del próximo mes de octubre en la ciudad de Washington.

Deseamos al querido colega que disfrute de una feliz estadía en el Continente.

Asamblea del Distrito de Mayagüez:

En la mañana del domingo 18 del corriente mes se llevó a efecto en la casa-alcaldía de la ciudad de Mayagüez, bajo la presidencia del Dr. Domingo Nochera, la asamblea anual de la Asociación Médica de aquel distrito.

Al abrirse la sesión, y a moción del Presidente, la concurrencia, puesta de pié, observó un minuto de silencio, a la memoria del ilustre amigo fenecido, Dr. Pedro Perea Fajardo.

Luego el Sr. Manuel Marín, Alcalde de la ciudad, dió la bienvenida a los médicos visitantes a nombre del pueblo mayagüezano, invitándoles a la vez a que asistieran a un "cocktail" que en su honor se serviría en la "Licorería Marín", de aquella población.

Procedióse luego a la presentación de los siguientes trabajos científicos:

"El tratamiento de la tuberculosis pulmonar por el pneumotórax artificial", Dr. Ramón T. Colón.

"La mononucleosis infecciosa. Su diagnóstico en el laboratorio", Dr. Oscar Costa Mandry.

"Aplasia o Hipoplasia de la Médula ósea", Dr. Ramón M. Suárez.

"Diagnóstico diferencial de las enfermedades periféricas de la circulación de la sangre", Dr. Rafael Arrillaga Torrens.

"Goiter", Dr. Luis A. Passalacqua.

Debido a lo avanzado de la hora, fué suspendida la presentación de otros trabajos que aparecían en el programa oficial, trasladándose todos los asistentes al "Cocoanut Hut", en donde fueron obsequiados con un suculento lunch, ofrecido por los médicos del Distrito de Mayagüez.

Reciban los organizadores de este hermoso festival científico-social, nuestra más calurosa felicitación.

Próxima Asamblea Anual:

El Comité Científico de nuestra Asociación, que ahora preside nuestro estimado colega, el Dr. Rafael Rodríguez Molina, ha iniciado ya, con un gran entusiasmo, la organización de la Asamblea Anual de nuestra Asociación, la cual se llevará a efecto durante los días 16, 17 y 18 del próximo mes de diciembre.

Se ha procedido a invitar a distinguidos compañeros de los Estados Unidos y algunos países latinoamericanos.

A esta hora ya se han recibido varios trabajos de algunos compañeros nuestros, y el presidente del Comité espera poder tener listo el programa para los primeros días de noviembre. Se suplica pues, a los compañeros que tengan en mente la presentación de algún trabajo, envíen su título a la mayor brevedad posible.

Médicos que revalidaron sus títulos:

En los exámenes celebrados por el Tribunal Examinador de Médicos durante los días comprendidos entre el 6 y el 10 de septiembre, revalidaron sus títulos los siguientes compañeros:

Dr. Carlos A. Quilinchini
Dr. Manuel M. Baralt
Dr. Hilton L. López
Dr. Robert Emil Pfuetze
Dr. Ildefonso Rivera Lugo
Dr. Dwight Santiago Stevenson
Dr. Rafael Antonio Blanes
Dr. Juan Antonio Roselló
Dr. Roberto J. Jiménez López
Dr. William Reichard Esteves
Dr. José A. Gallardo Díaz
Dr. Marvin Smith Cashion
Dr. Angel Rafael Cestero Hernández.

Dr. J. A. López Antongiorgi:

A mediados del presente mes embarcó hacia los Estados Unidos en viaje de placer, nuestro querido amigo y compañero, el Dr. J. A. López Antongiorgi.

Deseamos al estimado colega una muy grata permanencia en el Continente.

Dr. Juan Basora Defilló:

El sábado 24 del mes en curso embarcó rumbo al Norte el querido amigo cuyo nombre encabeza estas líneas.

Es el propósito del Dr. Basora especializarse en enfermedades de los niños, y a tal efecto tomará cursos avanzados en una de las universidades del Continente.

Deseamos al querido compañero el mayor éxito en sus estudios.

Distinción a médicos puertorriqueños:

Es con sumo placer que podemos informar que el Tribunal Americano de Medicina Interna, (American Board of Internal Medicine) ha expedido licencia como especialista en medicina interna a los doctores Ramón M. Suárez, A. T. Cooper, Rafael Rodríguez Molina y Oscar Costa Mandry

También deseamos informar que el Board Americano de Patología (American Board of Pathology) ha expedido licencia en análisis clínico (clinical pathology) al Dr. Oscar Costa Mandry, vicepresidente de nuestra Asociación.

Deseamos felicitar a estos distinguidos compañeros por el honor que les ha sido extendido por estos tribunales examinadores de los Estados Unidos.

Dr. Oscar Costa Mandry:

El día 29 del cursante mes embarcó hacia Estados Unidos en viaje de recreo y estudio, el vicepresidente de nuestra Asociación Dr. Oscar Costa Mandry.

Aprovechando este viaje, el Dr. Costa Mandry asistirá en representación del Laboratorio Biológico del Departamento de Sanidad, el cual dirige, a una reunión de directores de laboratorios y serólogos, que se celebra en Hot Spring National Park, Arkansas, durante los días 21 y 22 del mes de octubre, auspiciada por el servicio de Sanidad Federal, para tratar de llegar a un acuerdo sobre las diversas técnicas serológicas en el diagnóstico de la sífilis.

También asistirá el Dr. Costa a la conferencia anual de directores de laboratorios de estado de los Estados Unidos,

que se celebrará en Kansas City el día 24 de octubre. Asistirá, asimismo, al Congreso Anual de la Asociación Americana de Salud Pública, de la cual es Fellow, que se celebra en Kansas City durante los días comprendidos entre el 25 y el 28 de octubre.

El Dr. Costa estará de regreso en San Juan, probablemente, durante la última quincena del mes de noviembre.

Deseamos al querido compañero una muy grata estadía en el continente.

Reunión del Distrito de San Juan:

En la noche del día 27 del cursante mes se llevó a efecto en el edificio de la Asociación, la reunión científica mensual auspiciada por el Capítulo de San Juan, estando la conferencia de esta ocasión a cargo de nuestro distinguido amigo y compañero, el Dr. Ramón M. Suárez, quien disertó magistralmente sobre el siguiente tema:

"Aplasia o Hipoplasia de la Médula Osea"

Presentación de casos

Deseamos reiterar nuestra felicitación más efusiva al estimado colega, quien una vez más, ha puesto de relieve sus altas dotes científicas.

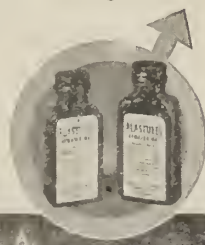
* * *



PLÁSTULES HEMATÓGENAS

MEDICACION FERROSA MEJORADA

Ya no son necesarias las grandes dosis para el tratamiento satisfactorio de la anemia hipocrómica. Las investigaciones independientes han demostrado que las Plástules Hematógenas producen rápidamente una reacción clínica que equivale a los resultados obtenidos con dosis elevadas de hierro administrado en otra forma. En general, el paciente requiere diariamente sólo tres Plástules Hematógenas Simples, dosis que evita los efectos desagradables asociados, por regla general, a la administración oral de grandes cantidades de hierro. Tendremos mucho gusto en mandar muestras y folletos a solicitud.



THE BOVINE COMPANY • CHICAGO, ILLINOIS, E. U. A.

MUESTRAS Y MATERIAL DESCRIPTIVO A SOLICITUD.
Distribuidores: CASTAGNET & CASTILLO CO., Box 612 (1 Tanco St.) San Juan, P. R.

¿desórdenes hepáticos? ...VERACOLATE

Los médicos se muestran cada vez más unánimes en el tratamiento racional de los desórdenes biliares. Veracolate es un verdadero colagogo porque aumenta la secreción de bilis límpida y hace que fluya la bilis viscosa. Además, estimula el intestino y tiene propiedades carminativas pudiendo así emplearse con confianza por tiempo indefinido, por cuanto las funciones del estómago no sufren perturbación alguna.

¿Qué es Veracolate? Sales biliares (glicocolato y taurocolato de sodio) especialmente preparados, combinadas con un laxante suave para impedir que haya obstrucción en el flujo de la bilis, y una infinitésima cantidad de cápsico como carminativo.

Tenga muestras para ensayar en su consultorio. Se le enviarán solicitándolas en una hoja de su recetario.

VERACOLATE

MARCY LABORATORIES INC. • 113 West 18th Street • New York

— Las —
CELULAS *que* REPARAN

bien de la serie emigrante o fija

RESPONDEN BIEN AL ESTIMULO DEL CALOR Y A LAS
PROPIEDADES TERAPEUTICAS DE LA

Antiphlogistine



LA ACTIVIDAD DE ESTAS CELULAS, ASI COMO LA CIRCULACION CAPILAR AUMENTADA SON UN FACTOR FUNDAMENTAL EN TODA CURACION.

MUESTRA PARA ENSAYO
CLINICO Y LITERATURA A SOLICITUD.

Etapas sucesivas del desarrollo de las células polimorfonucleares y los linfocitos de células del tejido conjuntivo primario.

THE DENVER CHEMICAL MFG. CO.

163 Varick St.,

Nueva York, E. U. A.

LUIS GARRATÓN & HNO. S. en C.

P. O. Box 1541

San Juan

Insignias de Médico



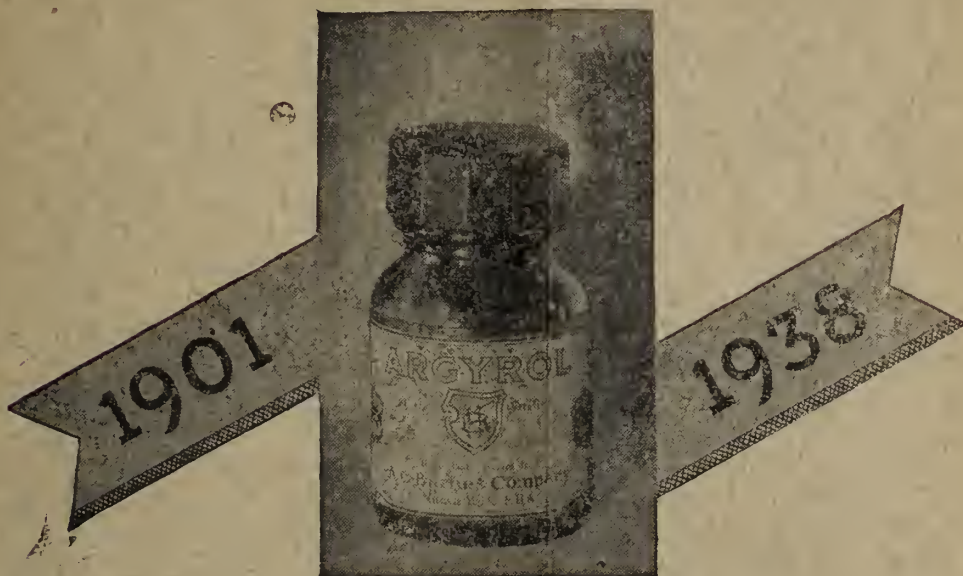
Nos place informar a nuestros compañeros que ya tenemos nuevamente en existencia las insignias para automóviles con el nombre de nuestra asociación.

El precio de dichos emblemas es de \$2.50 cada uno, y los socios podrán adquirirlo dirigiéndose al suscribiente o en el edificio de la Asociación.

Dr. ANTONIO ORTIZ,
Tesorero.

Para Rinitis Crónica y Ocena

ARGYROL



Una tira de algodón absorbente saturada con solución de Argyrol al 10 por ciento, insertada en la fosa nasal media (empacada hacia la mitad de las fosas nasales) y dejada ahí durante diez minutos a media hora, ofrece probablemente el medio más efectivo de reducir la congestión e irritabilidad de la región posterior al puente de la nariz, en casos de rinitis crónica (Profesor E. B. Gleason).

También en casos de ocena, la solución de Argyrol al 10 por ciento generalmente ayuda a eliminar la fetidez y a limpiar los tejidos. Esta, naturalmente, es suplementaria a aquellas medidas quirúrgicas que exija cada caso.

Argyrol no es sólo una de tantas "proteínas suaves de plata", sino el

prototipo de los productos de su clase, que jamás ha podido ser duplicado. Es único, tanto química como clínicamente; ningún otro contiene plata en las mismas condiciones físicas y químicas, ni proteína de tan alta calidad y tan adecuada a su aplicación.

La proporción del pH y del pAg del Argyrol se regula de modo que puede emplearse en membranas delicadas; sus admirables propiedades detergentes y emolientes, y su acción bactericida pero a la vez sedativa, jamás han podido duplicarse. Esto no es cuestión de opinión, sino un hecho demostrado después de muchos años de experiencia médica mundial. Asegure usted sus resultados, especificando siempre el prototipo: BARNES.

SJ3A3

Argyrol es fabricado solamente por A. C. BARNES



A. C. BARNES COMPANY, INC., NEW BRUNSWICK, N. J.

DESDE HACE 35 AÑOS, FABRICANTES EXCLUSIVOS DEL ARGYROL Y EL OVOPREPIN

"Argyrol" es un producto de marca registrada, propiedad de A. C. Barnes Co., Inc.



BILRON

(SALES FERRICAS DE
BILIS, LILLY)

SIENDO insolubles en el estómago sin causar irritación, las sales férricas de bilis se disocian en la porción superior del intestino, donde el componente activo toma parte en la digestión. El 'Bilron' (Sales Férricas de Bilis, Lilly) es ideal para la terapia por

substitución en insuficiencias biliares y aumenta la producción de bilis endógena por acción directa sobre las células del hígado. • 'Bilrón' se presenta por conducto de las farmacias y droguerías en envases de 40 y de 500 púlvules (cápsulas llenas), dosificados a 0.325 Gmo.

Lilly

ELI LILLY AND COMPANY

INDIANAPOLIS, INDIANA, E. U. A.

Asamblea Anual: Diciembre 16, 17 y 18.

AÑO XXX

OCTUBRE, 1938

No. 10

BOLETIN
DE LA

HARVARD UNIVERSITY
SCHOOL OF MEDICINE AND PUBLIC HEALTH
LIBRARY
10 NOV 1938

ASOCIACION MEDICA DE PUERTO RICO
ORGANO OFICIAL

PUBLICACION MENSUAL

Ave. Fernández Juncos, Parada 19 Santurce, Puerto Rico

Entered as second class matter, January 21, 1931 at the Post Office at San Juan, Porto Rico, under the act of August 24, 1912.

INDICE



	PAGINA
Aplasia o Hipoplasia de la Médula Osea, Ramón M. Suárez, M. D., Juan Sabater, M. D. y R. Busó Carrasquillo, M. D., Santurce, P. R....	367
Indications for Thoracoplasty, L. R. Gaetán, M. D., Santurce, P. R.	382
Priapismo - Algunas consideraciones y presentación de un caso interesante, Julio E. Colón, M. D., San Juan, P. R.	386
Notas Editoriales	392
Noticias Médico-Sociales	396
Revista de Revistas	400

SUSCRIPCION ANUAL TRES DOLARES

GLEFINA

PODEROSO RECONSTITUYENTE

FORMULA

Cada 100 c. c. de GLEFINA contiene:

Glefinol	0,125 grs.
Extracto de malta	16,000 "
Hipof. de manganeso	0,036 "
" " calcio	0,036 "
" " quinina	0,014 "
" " estriknina	0,004 "
" " potasio	0,052 "
Jarabe de cacao	30,000 "
Ext. fluido de naranjas amargas	1,000 "
V. c. s. para 100 cc. de producto.	

ANDROMACHUS CORPORATION

LONG ISLAND CITY, NEW YORK

ENRIQUE VELEZ POSADA

Calle O'Donell Núm. 12, Box 1018, San Juan, P. R.

Testikinson [Cole]

EN EL TRATAMIENTO DE

 *Neurastenia Sexual* 

Testikinson (Cole), ha producido resultados satisfactorios, en manos de muchos médicos, en el manejo de neurastenia sexual, y otras condiciones asociadas con hipogonadismo en el varón. Su composición fisiológicamente controlada de la estimulante hormona gonad, combinado con los glandulares elementos esenciales, es intentado de reemplazar las hormonas deficientes, y estimular el tejido gonadal que queda indolente.

Testikinson (Cole), no obstante, siendo una combinación razonable y deseable de productos endocrinos potentes, debe ser empleado en conjunción con adyuvantes indicados. Influencia que perturba, debe ser averiguada y corregida, el uso excesivo de alcohol y tabaco se recomienda de eliminar, así, el estado del paciente se mejora en salud general.

Testikinson (Cole), es indicado en neurastenia sexual, impotencia, y la pérdida prematura de la función sexual.

Muestra para ensayo clínico y literatura detallada, enviada a los Sres. Médicos a solicitud.



COLE CHEMICAL CO. St. Louis Mo. EE. UU.

DISTRIBUIDOR:

ENRIQUE VELEZ POSADA

Calle O'Donell No. 12, Box 1017 - San Juan, Puerto Rico.

La Historia del OLEUM PERCOMORPHUM DE MEAD

FUENTE NUEVA, NATURAL, ECONÓMICA Y POTENTE DE VITAMINAS A Y D

EL OLEUM PERCOMORPHUM o Aceite de Hígado de Percomorfo, es el fruto de un decenio de investigaciones profundas por parte de nuestro laboratorio de investigación, en busca de un aceite natural más rico en vitaminas A y D que el aceite de hígado de bacalao, y más económico para el enfermo.

La Farmacopea de los Estados Unidos (IX, 1916 y X, 1925), declaró que el aceite de hígado de bacalao era el procedente de hígados de peces de la familia *Gadidae*. Como ésta cuenta con unas 50 especies aparte de la *Gadus Morrhua*, a las más importantes de las mismas dirigimos nuestros primeros estudios. Ocurrióscnos también que quizás existiera otra especie o familia u orden de peces con cuyo aceite de hígado pudiera lograrse una mezcla parecida al Oleum Morrhuae pero más rico en vitaminas.

Dirigidos así nuestros estudios hacia otras especies, para 1927 ya habíamos comparado cuantitativamente el valor antirraquítico de los aceites de 15 especies de peces junto con el de otros 11 aceites y grasas, o sea la investigación más minuciosa de fuentes de vitamina D llevada a cabo hasta entonces. Destacábase entre ellas el aceite de hígado del pez llamado "hinchador" con una potencia vitamínica 15 veces mayor que la del aceite de hígado de bacalao. Aunque dicho pez no era obtenible en el comercio, animó sumamente a los investigadores el haber dado con una especie que rendía cantidad tan apreciable de vitaminas.

Habiendo descubierto que, cuanto más magros son los hígados, más rico es el aceite, emprendimos una investigación de todos los peces obtenibles en el comercio así como de especies más raras. A las islas del Pacífico y del Atlántico y a los continentes más lejanos enviamos peritos, y de puertos que jamás habían dispuesto de frigoríficos, obtuvimos hígados refrigerados para nuestros experimentos. Este estudio ictiológico fué interrumpido en el año 1928 cuando introducimos el ergosterol irradiado (Acterol).

En el año 1929 el investigador noruego, Schmidt-Nielsen, comunicó que el aceite de hígado de halibut, (hippogloso) era superior al de bacalao en vitamina A, e investigado el punto entonces lo mismo que ahora opinamos que, si bien el aceite de hígado de halibut señalaba un avance importante, dejaba mucho de desear por representar forzosamente una fuente muy costosa de vitamina D, y de aquí que viniera a usarse principalmente

como vehículo del ergosterol irradiado para suministrar la vitamina A.

Prosiguiendo nuestros estudios, nuestros laboratorios llevaban ultimados allá para 1934 miles de ensayos biológicos con aceites de más de 100 especies diferentes, a fin de determinar sus características vitamínicas. Los resultados, publicados en revistas científicas en enero y abril de 1935, constituían la culminación de un estudio que, sin exagerar, había abarcado todos los mares conocidos.

Recopilados los datos referentes a más de 100 especies, hízose patente que los peces pertenecientes a la orden conocida con el nombre de Percomorphi se distinguen de los demás, en que poseen (casi sin excepción) concentraciones fenomenales de vitaminas A y D, habiendo aceites de percomorfo que acusan 50, 100, 500 y hasta 1,000 veces más vitaminas A y D que el aceite de hígado de bacalao corriente!

Rara vez son los aceites de hígado de Percomorfo igualmente ricos en ambas vitaminas, pero combinados esmeradamente los ricos en vitamina A y los ricos en vitamina D obtiéndose una mezcla aproximadamente 200 veces más rica que el aceite de hígado de bacalao tanto en vitamina A como D. Por ser bastante difícil medir una dosis ordinaria de aceite tan concentrado, lo que hacemos es diluir el aceite de hígado de percomorfo con un volumen aproximadamente igual de aceite de hígado de bacalao.

El producto resultante es el Oleum Percomorphum de Mead, 100 veces más rico que el aceite de hígado de bacalao F.E.U. en ambas vitaminas A y D. Diluyéndolo aún más obtenemos el Aceite de Hígado de Bacalao con Aceite de Hígado de Percomorfo de Mead, 10 veces más potente que el aceite de Hígado de Bacalao F.E.U., tanto en vitaminas A como D. La potencia por gramo del primero es de 60,000 unidades internacionales de vitamina A y 8,500 unidades internacionales de vitamina D; y la del último, 6,000 unidades internacionales de vitamina A y 850 de vitamina D.

Lo mismo que el aceite de hígado de bacalao representa una mezcla de varias especies del bacalao, el Oleum Percomorphum de Mead es una mezcla de varias especies del percomorfo.* La gran diferencia estriba en que el nuevo producto es 100 veces más potente tanto en vitamina A como D.

El Oleum Percomorphum de Mead se halla disponible en frasquitos de 10cc. y 50cc. y en cajitas de 25 cápsulas de 10 gotas. El Aceite de Hígado de Bacalao con Aceite de Hígado de Percomorfo de Mead se expide en frascos de 90cc. y 480cc.

*Principalmente *Xiphias gladius*, *Pneumatophorus diego*, *Thunnus thynnus*, *Stereolepis gigas*, y especies muy afines.

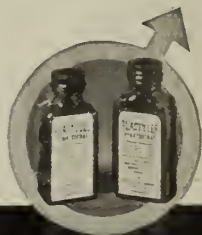
MEAD JOHNSON & COMPANY, Evansville, Indiana, E.U.A.

Muestras y literatura a disposición de los Sres. Médicos.
Enrique Velez Posada, P. O. Box 1018, San Juan, Puerto Rico.



PLASTULES HEMATOGENAS CONTRA LA ANEMIA

Una dosificación pequeña, la fácil asimilación y resultados excelentes, todo esto constituye peculiaridades de las Plástules Hematógenas. La dosis diaria que se recomienda, de sólo tres Plástules Hematógenas Simples, es por lo general suficiente para inducir una reacción temprana en los casos de anemia secundaria. Las Plástules Hematógenas evitan la necesidad de administrar oralmente grandes cantidades de hierro, estimulan al paciente a que coopere con el médico y provee una forma económica de medicación ferrosa . . . Se invita a los médicos a que pidan muestras e impresos sobre las Plástules Hematógenas Simples y las Plástules Hematógenas con Extracto de Hígado.



THE BOVININE COMPANY • CHICAGO, ILLINOIS, E. U. A.

MUESTRAS Y MATERIAL DESCRIPTIVO A SOLICITUD
Distribuidores: CASTAGNET & CASTILLO CO., Box 618 (1 Tanca St.) San Juan, P. R.



UN MÉTODO ENDÉRMICO PARA OBTENER ALIVIO

En condiciones congestivas e inflamatorias—forunculosis, inflamación glandular, contusiones y torceduras, como también en afecciones respiratorias y del pecho—el emplasto Numotizine ayuda a producir alivio de dos maneras: primera, por su acción local anodina-descongestiva. Segunda: por el efecto sistémico del guayacol y la creosota.

Su base de caolín permite la absorción lenta y uniforme de los agentes antifebriles que contiene. Por consiguiente no hay choque sino un efecto terapéutico gradual y constante.

NUMOTIZINE, INC.

900 N. Franklin Street

Chicago, Illinois, E. U. A.



LA REGULACION

La regulación del programa diario, especialmente del régimen alimenticio y del ejercicio, es benéfica para la evacuación normal del intestino y en algunos casos de estreñimiento basta como tratamiento. Otros casos requieren una ayuda adicional para facilitar la evacuación regular . . . Cuando se necesite un coadyuvante del régimen alimenticio y de la dieta, como a veces se requiere, Petrolagar ofrece un tratamiento suave pero eficaz. Sus propiedades miscibles facilitan su uso más que el aceite mineral simple y lo hacen más efectivo. Además, al ablandar las heces, Petrolagar induce la formación de deposiciones grandes y bien formadas que salen con facilidad. Los cinco tipos de Petrolagar proporcionan una selección de medicación adaptable al paciente individual. Petrolagar Laboratories, Inc., 8134 McCormick Blvd., Chicago, Ill., E. U. A.

Petrolagar es una emulsión mecánica de petrolato líquido puro (65% por volumen) y de agar-agar. Aceptado por el Consejo de Farmacia y Química de la Asociación Médica Americana para el tratamiento del estreñimiento.

Petrolagar

MUESTRAS Y MATERIAL DESCRIPTIVO A SOLICITUD.
Distribuidores: CASTAGNET & CASTILLO CO., Box 618 (1 Tanca St.) San Juan, P. R.

PICRATOL

de WYETH



Eficaz en el tratamiento de la VAGINITIS causada por TRICOMONAS VAGINALIS

Picratol, Compuesto de Wyeth en Polvo, proporciona un tratamiento cómodo, práctico y económico de la vaginitis causada por tricomonas vaginalis. Es una mezcla suave, que no irrita, de Picratol de Wyeth al 1%, disperso en caolín, concentración que según lo ha demostrado la investigación clínica es, en general, eficaz contra este organismo.

Siguiendo un estudio del efecto, in vitro, del picrato de plata sobre los cultivos viables de los tricomonas vaginalis, y gracias al desarrollo de métodos de diagnóstico exactos por medio de una técnica mejorada de laboratorio, se probó que muchos centenares de pacientes tuvieron una remisión total de los síntomas clínicos y de laboratorio, después del tratamiento con Picratol de Wyeth, durante un período de sólo dos semanas. Ocurrieron muy pocas recidivas y algunas de ellas parecen haber sido reinfecciones.

Cuando se aplica el Picratol, Compuesto de Wyeth en Polvo, por medio de un insuflador adecuado y se suplementa con el uso de los Supositorios Vaginales de Picratol de Wyeth, se reduce el curso normal del tratamiento a un período de dos semanas, o sea, un período más corto del que se requiere generalmente para dominar la infección.

Impresos descriptivos a solicitud.

JOHN WYETH & BROTHER INCORPORATED

PHILADELPHIA, PA., E. U. A.

MUESTRAS Y MATERIAL DESCRIPTIVO A SOLICITUD.
Distribuidores: CASTAGNET & CASTILLO CO., Box 618 (1 Tanca St.) San Juan, P. R.

PARA GONORREA AGUDA ARGYROL



Las trágicas consecuencias de la gonorrea pueden impedirse a menudo mediante la aplicación terapéutica de Argylol durante el primer periodo de la infección.

A causa de su notable eficacia para el tratamiento de las infecciones neisserianas y otras de la membrana mucosa, la solución de Argylol (de 5 a 10 por ciento) aplicada a la uretra—(como en el hombre) e instilada en la cervix, (boca de la matriz) constituye el tratamiento preferido por muchos ginecólogos y urólogos.

Argylol es especialmente eficaz en

estos casos, por razón de ciertas propiedades específicas, que son las que le han dado preeminencia en la terapéutica de las proteínas de plata. Argylol es distinto de los demás productos proteínicos de plata, porque sus elementos constituyentes son materialmente distintos. Jamás ha sido posible duplicar el Argylol química ni físicamente: es la única sal de plata que no tiende a volverse irritante al aumentar su concentración. Si usted insiste en exigir el nombre BARNES en todas las soluciones que compre o que recete, podrá garantizar los resultados que usted espera obtener del ARGYROL. S38A4

Argylol es fabricado solamente por A. C. BARNES



A. C. BARNES COMPANY, INC., NEW BRUNSWICK, N. J.

DESDE HACE 35 AÑOS, FABRICANTES EXCLUSIVOS DEL ARGYROL Y EL OVOFERRIN

"Argylol" es un producto de marca registrada, propiedad de A. C. Barnes Co., Inc.

La Neuralgia y la Neuritis Reclaman lo Suyo

Se pueden combatir con el calor, los masajes y el ejercicio físico. Pero ante un caso grave de neuritis, artritis o reumatismo trate de colocar una bolsa de agua caliente sobre la parte dolorida o intente unos masajes o el ejercicio de algunos de los miembros. No lo conseguirá mientras quede al enfermo la más ligera resistencia para oponerse.



La neuralgia y la neuritis reclaman lo suyo hasta que se logra dominarlas con el ATOPHAN. La primera o segunda dosis por lo general alivia el dolor y hace posible la aplicación de medidas fisioterapéuticas: masajes, radiotermixa, ejercicio físico.

ATOPHAN el ácido original fenilcinconínico, especialmente purificado, alivia el dolor y reduce la congestión. También contribuye a incrementar la eliminación de ácido úrico y restringe su formación en el organismo.

De ahí que no haya sustituto del ATOPHAN en el tratamiento eficaz de las afecciones reumáticas, artríticas y neurálgicas.



ATOPHAN

para afecciones reumáticas

SCHERING & GLATZ, INC. 113 W. 18th ST., NEW YORK CITY



Controllable

INTRAVENOUS ANESTHESIA

The voluminous and increasing literature demonstrates that Evipal Soluble produces surgical anesthesia quietly and without delay. Disintegration of this synthetic in the body is so rapid that awakening takes place after fifteen or twenty minutes without nausea, vomiting or excitement.

The newer refinement of administration technic—intermittent injection—makes it possible to maintain control of the effect of Evipal Soluble to a degree which has been compared with that of inhalation anesthetics.

EVIPAL SOLUBLE

"Evipal" Reg. U. S. Pat. Off. & Canada

Brand of CYCLURAL SODIUM

(Sodium salt of N-methylcyclohexenylmethyl barbituric acid)

Evipal Soluble is supplied in ampules containing 0.5 Gm. and 1 Gm. of the sterile powder.

Write for a copy of
"Evipal Soluble, Intravenous Anesthetic."

WINTHROP CHEMICAL COMPANY, INC.

Pharmaceuticals of merit for the physician

NEW YORK, N. Y.

WINDSOR, ONT.

Factories: Rensselaer, N. Y.—Windsor, Ont.

590M



MUESTRAS Y MATERIAL DESCRIPTIVO A SOLICITUD.
PROPRIETARY AGENCIES, INC., 21 Comercio St. P. O. Box 402, San Juan, P. R.



BOLETIN DE LA ASOCIACION MEDICA

DE PUERTO RICO

PUBLICADO MENSUALMENTE BAJO LA DIRECCION DE LA JUNTA EDITORA

Año XXX

OCTUBRE, 1938.

No. 10

APLASIA O HIPOPLASIA DE LA MEDULA OSEA *

RAMON M. SUAREZ, M. D., JUAN SABATER, M. D.,

Y ROBERTO BUSO CARRASQUILLO, M. D. * *

Santurce, P. R.

La médula ósea adquiere funciones hematopoyéticas desde el quinto mes de vida fetal, desplazando gradualmente al hígado y al bazo. Al nacer el niño, es la médula ósea normalmente, el único órgano productor de células rojas y de granulocitos. Función ésta que va lentamente desapareciendo en los huesos largos, de manera que al cumplirse los veinte años de edad, la hematopoyesis normal está limitada a la médula ósea de los huesos planos: vértebras, esternón, costillas, clavículas, cráneo y os innominata y a una pequeña área en el extremo superior del fémur y del húmero.

Es en el adulto un órgano relativamente grande, con un volumen de 1,500 cc.

En el estudio de la histogénesis de las distintas células sanguíneas, no nos detendremos en la controversia entre las escuelas monofiletista o unitaria de Downey, Ferrata y Pappenheim, la dualista de Ehrlich, Naegeli, Schridle, Piny y Helly, la trialista de Schilling y

Rosenthal y la extrema polifiletista representada por la Dra. Sabin, Doan, Cunningham y sus discípulos. Empezaremos la histogénesis por las tres células progenitoras que encontramos en la médula ósea: megaloblasto, mieloblasto y megacariocito. El megaloblasto se transforma en eritroblasto, normoblasto, reticulocito y normocito o eritrocito, el mieloblasto pasa a ser el polimorfonucleado a través de una serie de cambios entre los cuales por orden de transformación encontramos el promielocito, el mielocito y el metamielocito. Estas células granuladas, como sabemos, pueden ser neutrófilas, basófilas o eosinófilas y el tercer o último, el megacariocito, que se forma por la fusión de dos o más células retículo-endoteliales, se subdivide en las plaquetas cuya desintegración juega papel importante en el cuadro complejo de la coagulación de la sangre.

Pasaremos por alto el monoblasto y el linfoblasto, precursores del monocito y del linfocito respectivamente, por existir todavía disparidad de criterio en cuanto a la génesis del primero y por saberse que el otro — el linfoblasto — se produce normalmente en el bazo y glándulas linfáticas pasando como lin-

*Trabajo leído en la asamblea anual del Distrito de Mayaguez, celebrada el 18 de septiembre de 1938.

**Del Departamento de Medicina del Hospital Mimiya, Santurce, Puerto Rico.

focito a la circulación periférica a través del conducto torácico.

Como resultado o efecto de ciertas enfermedades o drogas, la médula ósea puede estimularse o deprimirse en sus funciones. Lo primero se llama hiperplasia y lo vemos en la anemia perniciosa y la anemia secundaria producida por múltiples hemorragias y en las leucemias. Lo segundo se llama hipoplasia, y en casos extremos, aplasia. Tanto la hiperplasia, como la aplasia puede afectar uno o todos los elementos de la médula ósea en distinta intensidad y en varias combinaciones. Cuando existe una reacción eritroblástica la médula ósea adquiere un color intensamente rojo y cuando la reacción o hiperplasia es leucoblástica la médula ósea adquiere un color rosa suave. Cuando la aplasia es total la médula ósea se torna amarilla.

La aplasia o hipoplasia pueden ser idiopáticas o secundarias. Entre los agentes causales podemos mencionar, drogas tales como la amidopirina o piramidón, el benzol, la arsfenamina, radium y rayos X, dinitrofenol, gas de mostaza y la sulfanilamida. La anemia perniciosa, las leucemias, el mieloma múltiple, el sarcoma de Ewing, etc., pueden en sus últimos estados dar origen a una anemia aplástica al igual que las grandes infecciones.

La lesión medular depende de la idiosincrasia del paciente y de la dosis y naturaleza del agente causal. En seres humanos por ejemplo, envenenamiento por el benzol produce generalmente una anemia aplástica, la amidopirina — si produce algo — generalmente es una agranulocitosis y la arsfenamina puede causar cualquiera de los tres síndromes: agranulocitosis, trombocitopenia o anemia aplástica. Estos síndromes o condi-

ciones están por lo tanto íntimamente relacionados y solo pueden ser diferenciados con seguridad por medio del estudio de la médula ósea. Un paciente puede presentar signos y síntomas de hipoplasia de uno de los tres elementos y desarrollar más tarde cualquier posible combinación de estos síndromes.

La vida de los glóbulos rojos es de 80 días, los leucocitos viven de 3 a 5 días, generalmente de 48 a 90 horas y las plaquetas tienen una vida un poco más corta — de uno a 4 días, generalmente 48 horas.

Esto explica porqué los signos y síntomas de aplasia o hipoplasia se inician casi siempre con los signos o síntomas de una púrpura hemorrágica o de una angina agranulocítica, apareciendo más tarde la anemia arregenerativa.

La púrpura trombocitopénica se puede diagnosticar relativamente fácil sin recurrir al estudio de la médula ósea. El cuadro clínico es característico: presencia de petequias o púrpuras en la piel y membranas mucosas, hemorragias por las encías, nariz, útero o trayecto intestinal, tiempo de coagulación normal, tiempo de sangría y de retracción del coágulo prolongado, aumento de fragilidad capilar y disminución considerable en el número de las plaquetas. El bazo puede ser normal en tamaño, pero generalmente se encuentra moderadamente hipertrofiado. El tratamiento: esplenectomía.

Es muy difícil determinar si existe o no una disminución en el número de megacariocitos en la médula ósea, puesto que normalmente son muy escasos (1%). Además la púrpura hemorrágica puede deberse no sólo a una menor producción de plaquetas, sino también a una mayor destrucción de las mismas en el bazo y a trastornos metabólicos

disminuyendo la producción de cefalina.

Pero la púrpura hemorrágica puede no ser una entidad "per se", sino simplemente una de las manifestaciones de la anemia aplástica o de las leucemias.

Para establecer el diagnóstico diferencial e instituir el tratamiento adecuado el estudio de la médula ósea es indispensable. La esplenectomía estaría contraindicada en las leucemias, y en la anemia aplástica.

Vamos a presentar en detalle solamente dos de los seis casos que tenemos y que ilustran los tres síndromes de aplasia o hipoplasia de la médula ósea. El primero es un caso de agranulocitosis y el otro un caso de anemia aplástica.

GRANULOCITOPENIA

El paciente L. B. de J., mulato, de 35 años de edad, ingresó al Hospital Mimiya, el día 15 de junio de 1938. El diagnóstico clínico de condilomata perineal se confirmó serológicamente, con reacciones Wassermann y Kline fuertemente positivas e histopatológicamente, por medio de la biopsia.

Nada de interés encontramos en su historia pasada exceptuando el haber recibido, sin reacciones desfavorables, tratamiento específico, incluyendo una serie de neo-arsfenamina, hace un año.

A no ser por el tratamiento higiénico y antiséptico local, el paciente podría considerarse como ambulatorio. El curso es afebril y prácticamente indoloro. Se le dieron un total de 3 tabletas de luminal de $\frac{1}{2}$ grano, cada una, durante los dos o tres primeros días, no habiendo necesitado ningún otro analgésico durante el período de hospitalización. La sangre dió un conteo de 5,410,000 eritrocitos por mc y 98 por ciento de hemoglobina el día después de su ingreso. No aparece en su record que se le

hiciera cómputo de leucocitos.

Se le instituyó tratamiento antiluéptico consistente en inyecciones de iodobismutol, 2 cc intramuscularmente cada 3 días y neo-arsfenamina administrada semanalmente empezándose la serie con la dosis de 0.15 gm.

Había ya recibido varias inyecciones de iodobismutol, cuando se le administró la primer dosis de neoarsfenamina. El paciente presentó una ligera dermatitis al día siguiente, la cual aclaró rápidamente después de una inyección intravenosa de tiosulfato de sodio. Tampoco se hizo conteo leucocitario esta vez.

La segunda inyección de neoarsfenamina (0.30 gm.) no produjo reacción alguna. La tercera (0.45 gm.) se le administró el día 13 de julio. El paciente seguía mejorando aparentemente. No hubo fiebre, ni reapareció la dermatitis. Dos días más tarde recibió la inyección de iodobismutol y al día siguiente sintiéndose bien, solicitó permiso de 24 horas para visitar su casa. Al regresar en julio 17, informó que hacía varias horas se sentía mal, con calofríos y febril. Esa noche recibió una cápsula de Nembutal (gr. $1\frac{1}{2}$). A la mañana siguiente el paciente estaba gravemente enfermo. Se sentía profundamente débil, la fiebre se mantenía sobre 40°C ., deliraba casi constantemente, le costaba trabajo moverse en la cama. Se le ordenó estudio hematológico, gota gruesa para malaria y hemocultivo y tomó varias tabletas de aspirina y dos cápsulas de 0.25 de quinina durante el día.

El primer conteo de leucocitos (julio 19) reveló la presencia de una intensa leucopenia, 1,760 leucocitos por mc., 83 por ciento linfocitos, 12 por ciento neutrocitos, eosinocitos 1 por ciento y

monocitos 3 por ciento. Esa tarde se le administró tiosulfato de sodio intravenosamente y se repitió la inyección a la mañana siguiente. Se ordena Pentnucleotide intramuscularmente y se practica un estudio hematológico más completo en Julio 20 incluyendo estudio de la médula ósea aspirada del esternón, con el siguiente resultado:

Eritrocitos	..	4,230,000
Hemoglobina	..	76%
Leucocitos	..	1,050
Linfocitos	..	90%
Granulocitos	..	9%
Eosinófilos	..	1%
Plaquetas	..	220,000 por m.c.

En la médula ósea encontramos un predominio de linfocitos maduros (69%) muy escasos granulocitos (1%) pero un número aparentemente normal de mielocitos, eritroblastos y normoblastos y quizá un ligero aumento de los promielocitos. (Tabla No. 3)

El estudio de la médula ósea elimina la posibilidad de una aplasia y de una leucemia aleucémica. Existen bastantes mielocitos, aparentemente inhibidos en su proceso de maduración. Es un caso, por lo tanto, en el cual, teóricamente por lo menos, el pentnucleotide es la mejor indicación terapéutica.

El pentnucleotide, sinembargo, produce reacciones tan desagradables que el paciente rehusa varias veces permitir su administración, pero insistimos aunque bajando la dosis desde 10cc cada 6 horas, durante las primeras 24 horas hasta 2cc cada 6 horas seis u ocho días después. Aún esta dosis pequeña le produce alguna disnea y opresión cardíaca.

En la noche de Julio 20, dos días después de haberse iniciado el ataque, el paciente sufrió una hematemesis y se le presentó intensa diarrea de 30 y 40 deposiciones al día. La hemoglobina bajó a 75%, los glóbulos rojos a 3,010,000 y las plaquetas a 125,000 por m. c. El tiempo de sangría, el tiempo de coagulación, la prueba del torniquete y la formación del coágulo eran normales. No había púrpuras, ni petequias y apesar de la hematemesis el paciente no se veía ni icterico ni anémico.

El tratamiento ha consistido además de la administración de grandes cantidades de líquidos y del pentnucleotide, de pequeñas transfusiones de sangre citratada que se empezaron el día 22 de julio y se repetían cada 12 a 24 horas en cantidades de 150 a 250cc., practicándosele un total de siete transfusiones. La última fué en Julio 24. Además se le puso una inyección de extracto de hígado (10cc. Lilly 343), y tan pronto las circunstancias lo permitieron se le dió una dieta rica en vitaminas a la cual añadimos médula ósea amarilla.

Con el diagnóstico de neutropenia maligna establecido ya hacía días, llegamos a imaginarnos que la ulceración característica de esta enfermedad, había ocurrido en el recto, donde todas las condilomas se habían esfacelado y ulcerado o en el estómago, explicándonos esto último, la hematemesis. No fué así pues el día 24 de Julio, a los seis días de enfermedad aparecieron por primera vez las úlceras en la boca. Una de más de un centímetro de diámetro en el paladar sobre la penúltima muela izquierda y otra de un centímetro de diámetro en la mucosa de la mejilla izquierda. Esta última tenía, en su comienzo to-

das las apariencias de un noma. Ya cicatrizadas, todavía hoy (agosto 9) se puede notar claramente el sitio donde ocurrieron.

La fiebre cedió por crisis al octavo día y el enfermo siguió mejorando lenta pero progresivamente.

¿Cuál de las medidas terapéuticas empleadas fué responsable por la curación del paciente? ¿La eliminación de la droga conteniendo el "Benzol ring"? ¿Las transfusiones de sangre? ¿El Pentnucleotide o el extracto de hígado?

Algunos autores consideran que las transfusiones de sangre están contraindicadas en la agranulocitosis, por creer que retardan el estímulo de la médula ósea hacia la maduración de los granulocitos al suplir en parte la deficiencia sanguínea. En nuestro caso la hematemesis y consiguiente disminución de glóbulos rojos y hemoglobina hicieron la transfusión necesaria.

El cuadro leucocítico periférico cambiaba de día en día. El 21 de julio el total de leucocitos fué de 2,300; 98 por ciento de los cuales eran linfocitos maduros. Tres días después de la primera inyección de pentnucleotide y al día siguiente de la primera transfusión el total bajó de 1,700 por m.c. pero en cambio aparecieron algunos eosinófilos y monocitos, que se consideran de buen pronóstico. Un cambio radical hacia la normalidad ocurrió el día 25 de julio, ésto es: cinco días después de haberse empezado la administración del pentnucleotide. Ese día los leucocitos fueron 2,500 por m.c., los linfocitos 62% y los neutrófilos 32%. De ahí en adelante habiéndose ya suspendido las transfusio-

nes, y siguiéndose el pentnucleotide, en dosis pequeñas (3cc. cada 8 horas), los neutrófilos siguieron aumentando hasta llegar a 68 por ciento de un total de leucocitos de 4,520 el día 28 de julio. Esa tarde y en consideración a las reiteradas protestas del enfermo se omitió el uso del pentnucleotide durante más de 24 horas. Los linfocitos subieron de nuevo a 62%, bajando los polinucleares a 35%. Al reanudarse el pentnucleotide, aparecieron formas jóvenes de neutrófilos (7 por ciento), subiendo los polinucleares 2 días más tarde (agosto 1) a 61 por ciento.

El hecho que el aumento en neutrocitos o polinucleares ocurrió a los 5 días después de haberse instituido el tratamiento con el pentnucleotide, y que disminuyeran o aumentaran éstos en la circulación periférica con la omisión o administración de la droga respectivamente, prueba, a nuestro juicio, de una manera clara el efecto beneficioso de la droga en este caso.

Un segundo examen de la médula ósea practicado durante el curso del tratamiento (julio 30) demostró un cambio radical en la proporción de las células nucleadas. Los linfocitos bajaron de 69% a 8%, los polinucleares alcanzaron la cifra de 47% (de 1% originalmente) y los mielocitos y promielocitos también aumentaron. Las laminillas en general demuestran una gran hiperplasia del elemento mieloide.

El paciente fué dado de alta, tres semanas más tarde, en aparente buen estado de salud, con sus úlceras y condiloma curados y con un cuadro hematológico normal.

TABLA NO. 1
(L. B. DE J.)

ESTUDIO DE LA SANGRE

F E C H A	HEMO- GLOBINA POR CIENTO	ERITROCITOS MILLONES	LEUCOCITOS							METAMIELOCITO
			CONTAJE POR MIL	LINE	BASO	EOSINO	NEUTRO	MONOCITOS	RESINT.	
1938										
Julio 19			1.76	83		1	12	3		
20	76	4.23	1.05	90		1	9			
21	75	3.01	2.30	98			2			
22	72	3.43	2.40							
23	68	4.11	1.70	88		6	4	2		
24			2.15	82		9	5		4	
25	72	4.10	2.50	62	2	4	32			
26	80	4.13	4.50	40		6	48			6
27	82	4.58	4.90	38		6	56			
28			4.52	27		5	68			
29	85	5.01	9.65	30		3	67			
30	88	5.21	6.75	62		2	35	1		
31			6.25	54		2	37			7

TABLA NO. 2
(L. B. DE J.)

ESTUDIO DE LA SANGRE

F E C H A	HEMO- GLOBINA POR CIENTO	ERITROCITOS MILLONES	LEUCOCITOS					
			CONTAJE POR MIL	LINF	BASO	EOSINO	NEUTRO	MONOCITOS
1938								
Aug.								
1			7.25	38		1	61	
2			6.50	51	4	3	42	
3			6.75	55	1	3	41	
4			6.35	43	2	7	48	
5			5.50	48	2		50	
6			6.90	37	2	2	59	
7			4.05	37		2	61	
8			4.15	35	1	6	58	
9	84	4.55	7.30	31		2	66	1
12			8.50	40			58	2
15			6.20	44		3	50	3

TABLA NO. 3

L. B. de J. Médula Osea (400 células contadas)	Julio 20 %	Julio 30 %
Megaloblastos	0	0
Eritroblastos	4	3
Normoblastos	10	12
Mieloblastos	0.5	1
Pro-mielocitos Mielocitos	11.0	28
Polinucleares (Neut)	1.0	47
Linfoblastos	1.0	0
Linfocitos	69.0	8
Monocitos	0	0
Células Plasmáticas	3.0	1
Megacariocitos	0.5	0

ANEMIA APLASTICA

Sra. E. R. de C.—Blanca, de 29 años de edad. Madre de 3 hijos.

Ingresa a la clínica con fiebre alta de 10 días de duración, numerosas petequias y púrpuras en los muslos y algunas petequias en el resto del cuerpo, úlcera grande, grisácea y fétida, sobre la amígdala derecha, entre ésta y el pilar anterior, sangra por las encías, sumamente tóxica y muy pálida.

Durante los últimos años ha venido padeciendo de ataques convulsivos diagnosticados como epilepsia y para controlarlos ha tomado frecuentemente Gardenal y "La Rogen". Recibió una serie

de neoarsfenamina e inyecciones de bismuto hace 2 años. Este año en diciembre, le repitieron los ataques con mayor frecuencia, la reacción Wassermann volvió a dar positivo (+++++) y se le empezó a administrar neoarsfenamina en dosis pequeñas que no pasaban de 0.45 gm. La tercera o cuarta inyección produjo fiebre alta, dolor de cabeza y malestar general. Petequias y grandes manchas purpúricas aparecieron en los muslos y brazos, 2 días más tarde, y cuatro días después aparecieron placas sobre ambas amígdalas, dolor de garganta y fiebre alta. Recibió entonces un total de 65,000 unidades de suero antidiftéri-

co, 20,000 de las cuales fueron administradas intravenosamente. Un frotis directo había sido informado como positivo para difteria, pero dos cultivos fueron francamente negativos para el bacilo de Loeffler. Los médicos que la asistían habían encontrado solo 14% polinucleares y una aparente leucopenia en la laminilla de sangre e inyectaron 3cc. de Pentnucleotide intramuscularmente, administrando al mismo tiempo inyecciones de extracto de hígado y de calcio y usando tromboplastina localmente para contener la hemorragia por las encías y garganta.

El primer examen de sangre practicado a su ingreso en la clínica dió el siguiente resultado: Hemoglobina 7.3 gms. o 51%, eritrocitos 2,770,000 por m.c., células apiñadas 24.9, media volumétrica celular 89 micras cúbicas, leucocitos 1,050 por m.c., de los cuales 92% eran linfocitos, y 8% eran granulocitos y plaquetas 32,000 por m.c.

El número reducido de plaquetas, el aumento de fragilidad capilar (prueba de torniquete), tiempo de sangría de 4½ minutos, ligero aumento del tiempo de coagulación (seis minutos en la sangre capilar) y la formación anormal de coágulo favorecían un diagnóstico de púrpura trombocitopénica.

Por otro lado la úlcera fétida, grisásea y sangrante de la amígdala derecha, la marcada leucopenia y la casi desaparición de los granulocitos indicaban una angina agranulocítica, pero la anemia, notable clínica y hematológicamente rechazaba ese posible diagnóstico.

Como posibilidades diagnósticas quedaban por lo tanto, la anemia aplásica y la leucemia aleucémica. Aunque la paciente no presentaba adenopatías, a excepción de aumento en tamaño de las

glándulas cervicales derechas y el bazo ligeramente palpable — sólo el estudio de la médula ósea podía decidir el diagnóstico. Favoreciendo el diagnóstico de anemia aplásica teníamos el historial de la reciente administración de neoarsfenamina y de otras drogas de posibilidades tóxicas.

La médula ósea reveló una casi total ausencia de las células progenitoras de los eritrocitos y de los granulocitos y no vimos un solo megacariocito en varias horas de búsqueda. Los linfocitos maduros formaban casi la totalidad del elemento nucleado (86.72%) y los neutrófilos solo una pequeñísima cifra (2.75%). Ni un solo reticulocito se encontró en la médula ósea, ni en la sangre periférica. Teníamos por lo tanto un caso grave de anemia aplásica donde los tres elementos: eritroblástico, leucoblástico y megacariocítico, estaban profundamente afectados.

Desistimos del uso del pentnucleotide, porque además de producir muy molestos trastornos cardíacos a la paciente, sabíamos que no existiendo en la médula ósea la célula madre o precursora del granulocito no es esa droga capaz de producirla. Como explicamos en el caso anterior, la acción del pentnucleotide es quemoatáctica y solo es útil en los casos donde existe suspensión de maduración ("arrest of maturation") de los promielocitos o mielocitos.

La indicación terapéutica primordial consistía en mantener viva la paciente el tiempo necesario para que la pequeña porción de la médula, si alguna quedaba, que no hubiese sido destruída por el veneno, tuviese tiempo para regenerar.

Las transfusiones de sangre eran la única medicación que llenaba este requisito indispensable. Se le practicaron

TABLA NO. 4
(E. R. DE C.)
ESTUDIO DE LA SANGRE

FECHA	HEMO- GLOBINA		ERITROCITOS MILLONES	CELULAS APIÑADAS		INDICE			MEAN CELL Volume (Cu Microns)	MEAN CELL HEMOGLOBINE (MICROGMS)	MEAN CELL HB CONG (%)	LEUCOCITOS					RETICULOCYTES	PLAQUETAS
	GMS X 100 CC.	POR CIENTO		LECTURA	% NORMAL	COLOR	VOLUMEN	SATURACION				CONTAJE POR MIL	LINE	NEUTRO	MONOCITOS	METAMIELOCITOS		
1938																		
5/18	7.3	51	2.77	24.9	60	.83	.98	.83	89	27	29	1.05	92	8			0	32
20	7.8	54	2.49	24.5	59	.98	1.0	.91	98	31	31	1.65	80	14	1	5	1.1	68
22	8.1	56	2.58	24.0	58	.98	1.0	.94	93	31	33	2.00	85	14	1		1.2	56
25	7.8	54	2.09									1.65	73	24	0			104
27	7.5	52	2.66	23	56	.88	.94	.92	86	28	32	2.80	90	9		1	0	100
6/11	9.5	66	2.52	21	51	1.1	.90	1.1	83	37	45	3.25	93	7			1.0	138
15																	0	
23	8.1	56	2.82	23	56	.90	.90	1.0	81	28	35	1.20	89	9	1	1	5	128
24																	3	
25																	2	
27	6.6	46	2.39	20	48	.86	.90	.95	83	27	33	3.05	91	6	1	2		98
7/1	7.9	55	2.43	23.8	58	1.0	1.0	.94	97	32	33	3.50	90	9		1	1	80
2	8.4	58	2.45									1.40	84	13	2	1	2	

TABLA NO. 5
 (E. R. DE C.)
 ESTUDIO DE LA SANGRE

FECHA	HEMOGLOBINA		ERITROCITOS MILLONES	CELULAS APIRADAS		INDICE			MEAN CELL Volume (Cu Microns)	MEAN CELL HEMOGLOBINE (Microgms)	MEAN CELL HB CONC (%)	LEUCOCITOS					RETICULOCITOS	PLAQUETAS
	GMS X 100 CC.	POR CIENTO		LECTURA	% NORMAL	COLOR	VOLUMEN	SATURACION				CONTAJE POR MIL	LINF.	NEUTRO	MONOCITOS	Metamielocitos		
1938																		
7/5	8.1	56	2.61									2.0	66	30	2	1	0	80
6	7.8	54										1.3	78	18	2	1	0	86
8	7.9	55	2.59	22	53	.96	.92	1.0	84	30	35	2.5	79	19	1	1	5	86
12	7.8	54	2.24									2.6	59	39	1	1	2.1	94
14	8.1	56	2.21									3.1	56	42	2		2.1	93
18		62	2.39									3.0	59	41			1.8	68
21		66	2.41									3.2	59	41			2.1	96
26		56	2.25									2.7					2.3	130
30		64	2.77									3.5	57	43			3.	130
8/2		60	2.40									4.8					3	93
10		68	2.98									4.05	50	50			3	130
27		72	3.18	35								4.0	41	59			2	150
9/19		75	4.17	39								4.5	43	55		2		180

un total de 13 transfusiones citratadas en cantidades desde 150 a 500 cc a intervalos de 2 a 5 días. Si se posponía la transfusión más de 5 días la tendencia a sangrar reaparecía en la paciente.

Al mismo tiempo instituímos una dieta bien balanceada, administramos ácido cevitámico "per os", inyecciones de Bryonon (vitamina A, B y C), de extracto de hígado, de calcio y de tiosulfato de sodio y de tromboplastina. Damos más tarde tabletas de sulfato Ferroso y localmente tratamos la úlcera con perborato de sodio y yodo.

Otra medida terapéutica usada por nosotros en este caso fué la inyección endoesternal de médula ósea normal en cantidades de 6 a 10 cc. Más tarde, durante el curso de la enfermedad, la aplasia era aparentemente tan total que nos era imposible remover médula ósea del esternón para reemplazarla por médula ósea del donante y entonces la inyectamos a la paciente intramuscularmente en la región glútea en cantidades de 5 a 17 cc una vez a la semana.

La mejoría clínica se inició a la semana con un descenso de la temperatura, una muy lenta cicatrización de la úlcera y una menor tendencia a sangrar por las encías.

La prueba del torniquete seguía siendo positiva, la hemoglobina y glóbulos rojos no habían aumentado, el total de leucocitos se mantenía poco más o menos igual, los neutrocitos habían llegado a 24% y sólo las plaquetas demostraban un notable aumento. De 32,000 llegaron a 104,000 una semana más tarde. La médula ósea persistía sinembargo

tan aplástica como al principio y el pronóstico seguía siendo igualmente serio.

Persistimos con el mismo tratamiento. Nos animaba la presencia de 5% de reticulocitos en la sangre periférica el día 26 de junio, aunque los leucocitos eran menos ese día, y los neutrófilos bajaron otra vez a 9%, las plaquetas subieron a 128,000 por m.c. y hubo un pequeño aumento en la hemoglobina y glóbulos rojos.

Apesar de la notable mejoría clínica el cuadro hematológico persistía sin grandes variaciones. Las plaquetas se mantenían sobre 80,000 por m.c. Los polinucleares que habían llegado hasta 24% en Mayo 25, bajaron a 10% en Julio 1. Ese día el total de leucocitos era 3,500 por m.c., la hemoglobina 55%, y los eritrocitos 2,430,000.

Después de una consulta a la que asistieron los Dres. Noya, Luis Morales y José Landrón, acordamos tratar con radioterapia(*) sobre los huesos largos y planos en dosis pequeñas llamadas "estimulantes" (un veinte avos la dosis eritematosa) vigilando cuidadosamente su efecto por medio de estudios hematológicos practicados diariamente.

Recibió tratamiento radioterápico en Julio 1ro., 5, 8 19 y 22. Apesar de una disminución en el número total de leucocitos que ocurrió inmediatamente después de la primera aplicación de Rayos X — el porcentaje de granulocitos fué subiendo gradualmente hasta llegar a 40% el día 14 de Julio. Aparecían algún que otro reticulocito en la circulación periférica aunque nunca más de 5%.

* Los tratamientos con Rayos X fueron administrados por el Dr. Landrón.

TABLA NO. 6

E. R. de C. Médula Osea (400 células contadas)	Mayo 18 %	Mayo 23 %	Mayo 26 %	Agosto 27 %
Megaloblastos	0	0	0	1
Eritroblastos (jóvenes)	0	0.33	0	3.5
Eritroblastos (maduros)	1.0	0.66	0.5	5.0
Normoblastos	1.5	3.00	3.0	7.5
Mieloblastos	0	0	0	0
Pro-mielocitos	0.5	0.33	0.5	1.5
Mielocitos (Neut.)	0	0.66	0.5	8.5
Mielocitos (Eos.)	0	0	0	0
Mielocitos (Baso.)	0	0	0	0
Metamielocitos	0.25	0.66	2.5	3.0
Polinucleares (Neut.)	2.75	6.66	11.5	26.5
Polinucleares (Eos.)	0	0	0	0
Polinucleares (Baso)	0	0	0	0
Monocitos	0.75	0	0	0
Linfoblastos	0.50	0	0	0
Pro-linfocitos	2.75	1.33	0	0
Linfocitos	86.72	86.00	80.5	43.
Células Plasmáticas	2.00	0.33	0.5	0
Células de Turck	0.25	0	0.5	0
Células de Rieder	1.0	0	0	0
Megacariocitos	0	0	0	0.5

TABLA NO. 7

(E. R. de C)

PRUEBA DE ADRENALINA PARA INVESTIGAR LA FUNCION
DE LA MEDULA OSEA
JUNIO 21, 1938.

Hypo. 1 cc. 1 x 1000	Antes	10 mi.	20 mi.	30 mi.	40 mi.	50 mi.
Leucocitos	2,100	7,800	6,800	2,600	2,700	1,550
Polinucleares (Neut)	20%	16%	10%	15%	18%	23%
Metamielocitos	0	1	2	0	1	1
Mielocitos	0	0	0	1	0	1
Monocitos	3	1	2	2	1	1
Linfocitos	77	82	86	82	80	75
Reticulocitos	0	1	0.1	0	0	0

Los glóbulos rojos sufrieron sin embargo un descenso en Julio 12 y 14, además reapareció ligera hemorragia por las encías. El 15 de Julio se le practicó una transfusión de 400 cc de sangre citratada, siendo ésta la última transfusión.

Se interrumpió el tratamiento radio-terápico — por averías que sufriera la máquina en Julio 8 — y se reanudó en Julio 19 haciéndose un total de seis o siete aplicaciones. El cuadro hematológico no sufría, de día en día, alteración aparente, excepto el considerable aumento de los granulocitos que llegaron a un 50% el día 30 de Julio.

Para esta fecha se dió de alta la paciente, con instrucciones de seguir el tratamiento médico — dietético, vitamínico y anti-anémico — en su casa. En la imposibilidad de conseguir extractos o inyecciones de Vitamina K, se le ordenó incluir en la dieta sustancias

ricas en contenido de esa vitamina — y se le instruyó reportar inmediatamente la reaparición de cualquier signo o síntoma desagradable y venir, cada 15 días para estudio hematológico.

En Agosto 27 — esto es: tres meses y medio después de haberse iniciado la enfermedad — volvemos a ver la paciente. Ha aumentado 16 libras y su apariencia es casi normal, apesar del hábito morado que lleva.

El estudio hematológico revela lo siguiente:

Hemoglobina	..	72%
Eritrocitos	..	3,180,000
Células apiñadas	..	35 m.m.
Leucocitos	..	4,000 por m.c.
Linfocitos	..	45%
Neutrófilos	..	55%
Plaquetas	..	150,000 por m.c.

La médula ósea aspirada en esta ocasión, nos autoriza por primera vez a emitir un pronóstico favorable. Encon-

tramos formas jóvenes del elemento eritroblástico y leucoblástico, muchas polinucleares y un megacariocito.

RESUMEN

1.—La presentación de estos dos casos ilustra los tres posibles síndromes a que puede dar origen la aplasia o hipoplasia de la médula ósea: angina agranulocítica, púrpura trombocitopénica y anemia aplásica.

2.—Resalta de este estudio la importancia del examen directo de la médula ósea para el diagnóstico exacto del síndrome o combinación de estos y para la institución del tratamiento adecuado.

3.—Se discute ampliamente el tratamiento moderno de la agranulocitosis y de la anemia aplásica, sobresaliendo en el primero el uso del pentnucleotide y del extracto de médula amarilla y en el segundo las transfusiones repetidas a intervalos no mayores de cinco días,

las dosis estimulantes de Rayos X y la administración endoesternal de médula ósea normal.

4.—Consideramos que el tratamiento profiláctico, es en ésta, como en cualquier otra condición, lo esencial para conservar la vida del paciente. Creemos que la mayor parte de los casos de agranulocitosis, de púrpura trombocitopénica y de anemia aplásica podrían cortarse, si se tuviera en cuenta la posible susceptibilidad del paciente. Aconsejamos que a todo paciente que reciba neoarsfenamina, piramidón, sulfanilamida o cualquier otra droga que contenga el "benzol-ring", se le practique un cómputo leucocitario 24 horas después de haber recibido la primera inyección o la primera dosis y que se omita el uso de la droga o se sustituya por otra, si se constata una disminución leucocitaria.

INDICATIONS FOR THORACOPLASTY *

L. R. GAETAN, M. D.

Santurce, P. R.

All surgical procedures should have a definite indication and in the treatment of pulmonary tuberculosis by surgical means there should be no exception. We are a long ways from having the ideal treatment for pulmonary tuberculosis but the claim made by surgery can be better established if a definite set of rules is followed for the selection of cases.

The work of a great number of men in this field has enabled thoracic surgery to escape from the field of empiricism. When a case is selected for extrapleural thoracoplasty this selection should be based on sound scientific basis. The greatest mistake commonly made is the recommendation of this surgical procedure merely because nothing else is possible and because it has been necessary to abandon pneumothorax or impossible to carry it out or because there is a feeling that since the patient may die without the operation he may as well be given the chance of a favorable result from the operation. The latter type of patients will almost surely die as a result of the operation and the fatality will detract from the value of the procedure in properly selected cases.

To make this presentation as clear as possible we will consider the indications and contraindications in outline

form. Any points which may need more elaboration may be taken up in the general discussion.

Age—The greater majority of workers put 50 years as the upper age limit for thoracoplasty. Patients over 50 are poor risks because mediastina may not resist the compression. One has also to consider that all individuals at 50 are not equally fit to overgo this type of operation.

Children may undergo the operation but the resulting deformity may be large and may need to be corrected by bone graft. That it is rarely indicated in children lies in the fact that the reinfection type of tuberculosis in children is usually a rapidly progressing type of lesion not suitable for this type of collapse therapy. In children the mediastinum is too mobile, so much so, that sometimes artificial pneumothorax fails to compress the diseased portion because undue shift of the mediastinum. One could set 15 years as the lower age limit.

Type of lesion—It is universally agreed that only chronic, fibrous tuberculosis is the most suitable for thoracoplasty. By chronicity is understood that the lesion has been present a year or more. The essential point in establishing duration of time of the lesion is to determine if enough time has elapsed for the patient to develop individual resistance to the disease.

* Paper read at a Symposium on Thoracic Surgery on August 27, 1938, at the Insular Sanatorium, Río Piedras, P. R.

Archibald in this respect says: "It may be laid down as a safe procedure that the patient who shows no evidence of fibrosis, whose history demonstrates the tendency to activity and whose lesions are at the moment active even though the disease be strictly unilateral should not as a rule be operated upon, because the undoubted strain of the operation is very likely to aggravate the disease, since Nature contributes nothing in the way of help".

It is evident then that recent exudative lesions are not suitable for thoracoplasty. This type of case should be kept in strict bed rest if no other form of collapse therapy is possible till they show signs of lessened activity as shown by a normal temperature curve, a sedimentation rate which approaches the normal, etc.

It may arise immediately in your mind the question of a lesion of the mixed type with small areas of caseation. A pure fibrous lesion is hard to find. This admixture is common and only by judging the general condition of the patient as indicated by weight, strength, tendency to dyspnea, blood count and hemoglobin content, can one test if the fibrosing factor is the predominating one. Like in all problems encountered in medicine there may be borderline cases where the experience and judgement of the physician tips the balance either way.

Extent of the Lesion- The ideal thoracoplasty case should be unilateral and not involving more than two thirds of one lung. An upper lobe lesion retracted with the mediastinum shifted to that side is most frequently controlled efficiently by a partial thoracoplasty aid-

ed by a decollation. If the lesions occupy a whole lung a total thoracoplasty is necessary. In this event one should be sure that the vital capacity is not too low. Tendency to dyspnea on slight exertion is the best guide as to the respiratory capacity. Old fibrosed lesions in the opposite lung, emphysema, asthma, rigid chest wall due to old chronic pleurisy are conditions which contraindicate a thoracoplasty due to the great reduction in vital capacity.

The location of the lesion is also of importance. A cavity close to the mediastinum is very hard to collapse as well as mid lung cavities. Basal cavities are best controlled by phrenic nerve paralysis.

If the tuberculous lesions are bilateral great care should be exercised to determine if the patient will be able to withstand the reduction in pulmonary tissue. The lesion in the opposite lung should not be large enough as to need more than 40% collapse. The location and nature of the lesion in the opposite lung is of utmost importance. A small apical or subclavicular cavity can easily be controlled by a selective pneumothorax. Lesions below the subclavicular region need a greater collapse which make an extensive thoracoplasty in the other lung impossible. Although theoretically a very small fraction of the total lung capacity is necessary to maintain the proper oxygenation of the blood any lesion which to be controlled suppresses more than three respiratory lobes is bordering in complete failure. We have had cases in which after two stages thoracoplasty, the pneumothorax on the contralateral side had to be abandoned due to the great reduction in vital capacity. In well selected cases a bilateral thoracoplasty can be tried. These

cases should be in good physical condition and the lesions should not extend very much under the cavities. We have performed a bilateral thoracoplasty in only one case, removing three ribs on one side and five in the other with extremely good results. The patient is arrested and already sent home.

The Clinical Condition of the Patient:

Once the case is found to be suitable for thoracoplasty according to type and extent of lesion there comes into play a very important factor which is, the clinical condition of the patient. Fever is not the only indication of activity, one has to consider the weight of the patient, the presence of secondary anemia, the differential count, the sedimentation rate, and his vital capacity.

Of these it is the presence of secondary anemia and reduction in vital capacity which may contraindicate the operation for a while. Most of our patients have a low hemoglobin content in the blood. A sudden reduction in the oxygenating area of the lung may be of serious import especially in bilateral cases. With a careful technique avoiding unnecessary loss of blood we have been able to carry on operations with as low as 50% hemoglobin. The anemia can be in part corrected by proper medication but when the vital capacity is seriously reduced due to loss of lung parenchyma there is very little we can do.

Patients who have been losing weight yet afebrile presenting a toxic picture are very poor risks. The only one who can judge the strength of the patient is his physician who has watched him for months or even years, that is why in the selection of cases there must be a close cooperation between

the surgeon and the clinician.

Extrapulmonary Tuberculosis and Nontuberculous Organic Disease: Tuberculous laryngitis if of mild degree and if in the process of healing will clear up completely after a successful thoracoplasty. If the involvement is advanced and destruction has taken place the patient should not be made to go thru several operations. The same applies to intestinal tuberculosis.

After a successful thoracoplasty all gastro-intestinal symptoms may disappear. If the involvement has been large in spite of a suitable collapse the patient will succumb to his intestinal tuberculosis.

Renal tuberculosis necessitates increased caution.

Among the nontuberculous extrapulmonary lesions myocardial weakness is perhaps the most important and is especially to be found in case of patients with an extensive suppurative lesion of many years duration. Uncompensated heart lesion, severe anemia, nephritis, diabetes of severe grade and any other debilitating organic disease add to the operative risk.

When to Stop a Pneumothorax:

This very important problem is the source of the hottest debates in conferences held in different Tuberculosis Centers where large number of pneumothoraces are administered.

It seems to me that in 3 months the prognosis of a case under pneumothorax treatment is more or less established. At this time a pneumonolysis has already been done or indicated. At the end of six months one should decide whether the collapse is going to be satisfactory (barring complications) and submit the patient from three to five years of treatment.

The most common source of error is the false sense security obtained by the physician and patient alike due to the absence of symptoms in spite of an unsatisfactory collapse. What ultimately happens is that the patient loses his pneumothorax and perhaps his good general condition suffers, having then lost his best opportunity for surgical intervention.

One cannot rely solely on the absence of bacilli from the sputum in routine smear examination, especially if there is no examination of the gastric contents.

The nature of the X-ray shadow should be a better guide to indicate a thoracoplasty in the face of an unsatisfactory pneumothorax of six months duration. The maintaining of an unsatisfactory collapse in an ambulatory patient is inviting to the development of fluid and its sequelae. In doubtful cases where only an upper stage thoracoplasty may control the disease the patient should be given the benefit of that doubt, for thoracoplasty is a more efficient and shorter way of rehabilitating the patient.

SPECIAL INDICATIONS

1. Persistently Recurring Purulent Effusion— A purulent effusion developing in cases where collapse is necessary is often an indication for thoracoplasty. This is necessary if the purulent effusion recurs persistently and tapping alone is not successful in drying up the pleural cavity. Once the empyema has become chronic a thoracoplasty should be thought of first, because invariably the lung will not re-expand, due to the thickening of the pleura, and, secondly, because of the

danger of the empyema of becoming secondarily infected.

2. Failure of lung to re-expand after pneumothorax collapse. In some instances after years of pneumothorax the collapsed lung fails to re-expand. The manometric pressures in the chest may reach from minus 30 to minus 40. This tension is resisted by the chest wall, mediastinum and diaphragm, and pain and dyspnea develop. (In this cases a thoracoplasty is indicated in order to obliterate the pleural cavity.)

3. Secondarily Infected Tuberculous Empyema: When a tuberculous empyema becomes secondarily infected with pyogenic organisms close drainage should be instituted immediately and once the acute stage has subsided a thoracoplasty should be performed. The obliteration of the chest cavity is necessary to obtain a cure in this dreadful complication.

4. Severe and Recurrent Hemorrhage: In cases where other forms of collapse have failed, and where the nature and extent of the lesion and condition of patient allows it, a thoracoplasty should be a means of bringing about collapse and cessation of hemoptysis.

When cases are selected carefully the results obtained from thoracoplasty cannot be surpassed by any other measure. We have stressed once more the proper selection of cases not to safeguard our statistics but because we feel that right now we know exactly what we can expect from a thoracoplasty. To try thoracoplasty indiscriminately in hopeless cases will only bring discredit to the measure and the physician. Please remember that a thoracoplasty is not a measure of last resort.

PRIAPISMO *

CONSIDERACIONES GENERALES Y PRESENTACION DE UN CASO INTERESANTE

JULIO E. COLON, M. D.

San Juan, P. R.

El priapismo es un estado patológico caracterizado por una erección prolongada y persistente del pene que no va acompañada de deseos sexuales. Está en relación con la hiperactividad del centro genito-espinal. Hay una forma pasajera de este síndrome que debe distinguirse de la forma prolongada. Esta forma pasajera del priapismo se presenta a menudo en los estados hiperagudos de la blenorragia, generalmente durante la noche y va acompañada de intensos dolores debido a la inflamación de la uretra, la que por haber perdido su elasticidad no puede alargarse como los cuerpos cavernosos. El priapismo pasajero en forma crónica y nocturna, repetido a veces durante meses consecutivos, se observa en las inflamaciones del verumontanum, en las uretroprostatitis crónicas y al principio de las hipertrofias prostáticas. Se admite que el priapismo pasajero agudo de los blenorragicos es de origen reflejo y que el priapismo de los prostáticos tiene por causa la dificultad en la circulación de retorno en el plexo de Santorini (plexo venoso vésico-prostático). Estas formas de priapismo pasajero tienen poca importancia clínica y ceden prontamente a tratamiento local.

El priapismo prolongado o sea el verdadero priapismo es relativamente ra-

ro. De acuerdo con Cabot ⁽¹⁾ hay solamente como 200 casos reportados en la literatura pero probablemente hay un gran número de casos que nunca han sido reportados.

El priapismo aparece espontánea y muchas veces bruscamente, durante la noche. A menudo sobreviene después de excitaciones sexuales, de una caída sobre el perineo o de un esfuerzo físico. Por regla general, únicamente están repletos de sangre los cuerpos cavernosos pero no el glande ni el cuerpo esponjoso de la uretra, los cuales aunque aumentados de volumen permanecen blandos. Es casi siempre doloroso. El dolor que aparece desde el primer momento es continuo o se presenta en accesos. Impide el sueño. La micción resulta difícil y dolorosa en muchos casos. Puede ocurrir en cualquier edad pero es más frecuente en la edad de actividad sexual o sea entre los 20 y 50 años.

La etiología del priapismo es múltiple y ésta responde generalmente a las siguientes condiciones: traumatismos genitales; inflamaciones y neoplasias infiltradas de la uretra, próstata y vejiga; inflamaciones y congestiones pélvicas; enfermedades del sistema nervioso y entre éstas, tabes, mielitis, meningitis espinal, lues cerebroespinal, parálisis general incipiente, esclerosis múltiple o en placas, hematomielia, y lesiones traumáticas del cerebro y de

* Trabajo leído en la reunión mensual de la Asociación Médica del Distrito de San Juan la noche del 18 de octubre, 1938.

la médula espinal; enfermedades generales tales como gota, fiebre amarilla, hidrofobia, malaria, tuberculosis, diabetes y muy especialmente la leucemia mielógena, de la cual el priapismo es muchas veces su síntoma inicial. En 48 casos reportados por Terrier y Dujarrier ⁽²⁾ habían 16 casos de leucemia.

Hinman ⁽³⁾ divide las causas del priapismo en nerviosas y mecánicas locales. Entre las causas nerviosas, él incluye: los estímulos ascendentes periféricos (reflejos) tal como resultan de inflamación, irritación o tumores de la uretra; los estímulos directos al centro de erección en la médula espinal o a los nervios pudendos internos y los estímulos cerebrales descendentes, directos o indirectos, resultado de trauma, neoplasias, inflamaciones o desórdenes funcionales del cerebro y médula espinal. En las causas mecánicas locales, el autor enumera: las trombosis o pseudotrombosis de los cuerpos cavernosos, las hemorragias o hematomas; las neoplasias del pene y las inflamaciones y edema del pene.

La posible relación del priapismo con pólipos nasales debe recordarse. Hay casos reportados en los cuales la extirpación de pólipos nasales curó esta condición. Hobbs ⁽⁴⁾ reporta casos curiosos de este síndrome debidos a un reflejo nasal.

Establecer la causa del priapismo no es cosa fácil sobre todo en las formas prolongadas. Hinman ⁽³⁾ declara que es difícil muchas veces determinar si se trata de una causa nerviosa o de una causa mecánica local. El admite que la mayoría de los casos son debidos a am-

bas causas combinadas, el factor nervioso siendo primario y el mecánico local secundario pero responsable de que la condición se prolongue. En las estadísticas que nos presenta Hinman ⁽⁵⁾ de 170 casos reportados en la literatura hay 64 en los cuales esta condición resultó de excesos sexuales; en 55 de los casos había trombosis de los cuerpos cavernosos incluyendo entre éstos 6 debidos a bacteremia, 2 causados por neoplasia, 7 debidos a trauma y 2 asociados con angioneurosis; 30 casos se atribuían a lesiones del sistema nervioso y entre éstos, 13 siguieron a fractura de la columna vertebral, un caso complicaba mielitis y otro era debido a un tumor de la médula espinal; 3 casos se debían a irritación periférica; 4 a intoxicaciones, 3 a cantárida, 1 a diabetes y 5 a pólipos nasales.

Para determinar la etiología del priapismo debe hacerse un examen minucioso del trayecto genito-urinario, investigando la presencia de inflamaciones de la uretra, próstata o vejiga y así mismo investigando sobre posibles traumatismos genitales. Se deben escudriñar todas las causas que puedan dar origen a congestiones pelvianas tales como retención de orina, estrechez de la uretra, cálculos vesicales, hipertrofia de la próstata, tumores pélvicos, excesos sexuales, uso de afrodisiacos ⁽⁶⁾ tales como yohimbina, cantárida, trementina, alcohol, estricnina, cannabis, fósforo y damiana. Debe hacerse un cuidadoso estudio neurológico; estudios de la sangre para leucemia, exámenes de la sangre y líquido cefalo-raquídeo para lues; radiografías si hay historia de trauma de las vértebras o del cráneo.

Por regla general, ninguna forma de tratamiento médico da resultado en el priapismo prolongado. Se ha ensayado sin éxito toda clase de medicamentos: hipnóticos, sedantes, narcóticos, anestésicos generales y espinales. Aún en casos de etiología tabética, el tratamiento antiluéutico ha fracasado en muchas ocasiones. Muchos casos sanan espontáneamente por lo cual es práctico aguardar algunos días antes de intervenir. Si el priapismo dura más de una semana, aún cuando la causa sea nerviosa, es lo más probable que la sangre en los cuerpos cavernosos se haya coagulado y esto en sí es suficiente para mantener la erección, la cual persistirá hasta que sean removidos los coágulos de las córpora. Está pues indicado, como medida práctica y segura, el drenaje de los cuerpos cavernosos. De acuerdo con H. A. Berkey ⁽⁷⁾ Calloway (inglés) en 1824, fué el primero en usar cirugía para evacuar un coágulo de las córpora. Debe ensayarse primeramente la aspiración de los cuerpos cavernosos usando una aguja de grueso calibre y una jeringa Luer de 20 cc, método éste recomendado por McKay y Colston ⁽⁸⁾. Si fracasa la aspiración, está indicada la operación de drenaje por incisión lateral de uno o ambos cuerpos cavernosos. Con una incisión lateral en uno sólo de los cuerpos pueden drenarse ambos debido a la libre anastomosis entre los espacios cavernosos. Al incindir debe evitarse la arteria que corre longitudinalmente por el medio de cada cuerpo cavernoso. Debe observarse la más estricta asepsia. Hinman ⁽³⁾ reporta 33 casos donde ha hecho incisiones laterales de las córpora con éxito en 31 casos. Esta operación, de acuerdo con él, no destruye el poder de erección.

Cuando el priapismo se debe a lesiones traumáticas del cerebro o médula espinal, la condición general del paciente es tan seria que el priapismo resulta de una importancia secundaria. Hinman ⁽³⁾ dice que en el 85% de estos casos, el priapismo cura espontáneamente en 10 días. En los casos que persisten por más tiempo, habiendo fracasado otros medios menos radicales, él sugiere varias operaciones, a saber: sección de los nervios pudendos internos en el perineo; ligación de las arterias dorsales del pene, sección de los músculos isquiocavernosos con la arteria y nervio que acompaña a cada uno. Como puede apreciarse, todas estas operaciones afectan la función de erección.

- - -

PRESENTACION DEL CASO

R. S., varón, de 35 años de edad, de profesión músico, dirigía su propia orquesta en un hotel de la ciudad de Caracas. En la noche del sábado, 5 de marzo de 1938, después de haber terminado su trabajo y haber tomado bastante whiskey, se acostó tarde en la noche, y en las primeras horas de la mañana se despertó a consecuencia de un agudo dolor producido por la erección del pene. Inmediatamente se dió una ducha fría creyendo que esto remediaría su situación, pero por el contrario, la misma continuó y a medida que pasaba el tiempo, el dolor se acentuaba más y más, hasta que se hizo necesario llamar a un médico. Inmediatamente fueron requeridos los servicios del Doctor H. N., médico cirujano de aquella urbe, quien después de hacerle varias preguntas al paciente, entre ellas si

era adicto a drogas y si había pasado “venereo”, le dijo que su dolencia era priapismo, recetándole una medicina y asegurándole a la vez que pronto se sentiría bien. Al siguiente día, lunes, en vista de que no se notaba mejoría alguna y que el dolor aumentaba, nuevamente el paciente llamó a su médico quien entonces le hizo un examen prostático, sin encontrar indicio de patología alguna. Le recetó entonces una enema fría, la que también resultó infructuosa. Ante esta situación, el doctor le recomendó hospitalización para operarlo, a lo cual accedió el paciente, ingresando inmediatamente en una clínica de aquella capital bajo el cuidado del Dr. H. N. y del urodólogo C. Después de una consulta entre ambos facultativos, le tomaron la presión arterial y decidieron darle anestesia general para proceder a la operación, que consistía en aspirarle sangre del pene. Este remedio tampoco tuvo éxito, pues al despertar del éter, el paciente se encontraba peor y con una gran inflamación en el pene. Al día siguiente, el Dr. H. N. sugirió un nuevo tratamiento. Le tomaron la sangre para contaje diferencial y para determinar sífilis y le sacaron el líquido cefalo-raquídeo para Wasserman. Nuevamente y esta vez bajo anestesia local, trataron ambos galenos de repetir la aspiración, resultando la misma sin éxito alguno.

De noche al paciente le era imposible conciliar el sueño a causa del intenso dolor, a pesar del luminal que le inyectaban. Estas inyecciones, según manifestaciones del paciente, le eran aplicadas por una enfermera, quien en vez de éter o alcohol, usaba medio limón, con el que le frotaba el

brazo y luego procedía a inyectar. La medicación que le daban era una cucharadita de jugo de limón con una poción salobre cada cuatro horas y un té de plantas cada hora. Además baños calientes y bolsas de hielo en el pene. También le pusieron dos inyecciones de salvarsán, a pesar de haber sido negativos para sífilis los exámenes de la sangre y del líquido cefalo-raquídeo. La micción se hizo penosa y difícil al principio, luego imposible, siendo necesario recurrir al cateterismo durante una semana.

El paciente estuvo hospitalizado 20 días, al cabo de los cuales consiguió alojamiento en una casa de familia. Allí llamó a otro médico quien le recetó un purgante de sulfato de sodio y una enema, la que llevaba entre otros ingredientes hasta la yema de un huevo. Este otro doctor informó al paciente que el líquido que tomaba era la causa de la erección, y así, le ordenó comer en abundancia alimentos sólidos. El paciente cumplió al pie de la letra la recomendación facultativa. Este mismo doctor le recetó unos baños lo más caliente posible, a los que el paciente humildemente se sometió para lograr alivio. El resultado fué también negativo. El sufrimiento del paciente llegó a tal extremo, que éste le rogó encarecidamente al médico que por caridad le amputara el órgano, causa de su malestar. Afortunadamente para el paciente, esto fué evitado por un hermano que se encontraba a su lado en la ciudad de Caracas. Ante la condición desesperada del enfermo, el doctor le dió una medicina, que tuvo la propiedad de aliviarle el dolor y dejarle dormir por primera vez después de 26 días.

Al día siguiente el enfermo tomó un avión que le llevó a Puerto España, Trinidad, donde le esperaba una ambulancia con un médico y dos enfermeras, quienes habían sido solicitados por inalámbrico. Allí el paciente fué nuevamente examinado, siendo la opinión del médico que le vió, de someterse a una operación inmediata, a lo que el paciente contestó que venía a tratarse a Puerto Rico. Este médico le recetó una poción con la que el enfermo tuvo alivio y pudo descansar hasta llegar a Puerto Rico.

El día 5 de abril de 1938 visité al enfermo en su hogar donde guardaba cama. Su rostro reflejaba dolor intenso. Las piernas estaban encogidas como para evitar tensión muscular. El pene aparecía en erección completa delante de la pared abdominal; los cuerpos cavernosos duros como piedra, el glande y cuerpo esponjoso de la uretra un poco aumentados de volumen pero blandos; el prepucio algo edematoso y recogido detrás del glande. Todo el órgano aparecía de color amoratado. El paciente fué hospitalizado para intervención quirúrgica inmediata.

Con anestesia epidural y rigurosa asepsia, se trató primeramente de aspirar los cuerpos cavernosos, lo cual no tuvo éxito debido al espesor de la sangre. Se procedió entonces a hacer incisiones laterales, una en cada cuerpo. Al incidir los cuerpos cavernosos no se encontró trombosis. El tejido erectil de los cuerpos aparecía distendido con una sangre negruzca, viscosa y espesa, que salía con dificultad y que había que exprimir para desalojarla. La erección cesó tan pronto fueron evacuados los coágulos de los espacios cavernosos. Se dejaron pequeños drenajes de goma. Las

heridas siguieron drenando un líquido negruzco y siruposo por espacio de 20 días, después de los cuales éstas cicatrizaron rápidamente y el paciente fué dado de alta, sintiéndose perfectamente bien.

Una vez aliviado el paciente de su priapismo se procedió a investigar minuciosamente la condición etiológica. La historia del paciente es negativa excepto para infección blenorragica que pasó hace muchos años y de la cual el paciente dice haber curado radicalmente. No hay historia de retención de orina, de hematuria, ni de traumatismos de clase alguna. El paciente niega infección sifilítica.

El examen físico general del paciente es negativo. Un minucioso examen genito-urinario no revela patología alguna. Wasserman y Kahn son negativos. Un cuidadoso examen neurológico resultó completamente negativo. Contaje de glóbulos blancos y diferencial practicados en dos ocasiones dieron resultados dentro de límites normales.

Solo hay una condición que puede haber ocasionado el priapismo en este caso y esta es, la intoxicación alcohólica, la que está reconocida como uno de los factores en la etiología del priapismo prolongado.

RESUMEN

Se ha presentado un caso de priapismo prolongado en el cual la intoxicación alcohólica aparece como único factor etiológico.

El tratamiento médico no tuvo éxito alguno en este caso, confirmando una vez más, la teoría de los mejores autores en esta materia.

El tratamiento quirúrgico mediante incisiones laterales en los cuerpos ca-

vernosos tuvo completo éxito ya que el paciente conserva con toda normalidad sus funciones sexuales.

Antes de terminar quiero consignar mi reconocimiento al Dr. Guillermo H.

Barbosa, por su valiosa cooperación refiriéndome este caso; al Dr. Luis M. Morales, por el examen neurológico del paciente y al señor Francisco Landrón, por los exámenes de laboratorio.

BIBLIOGRAFIA

- (1) Cabot Hugh, Modern Urology, Lea and Febiger, Philadelphia 1936, Priapism, Vol. 1 p. 178.
 - (2) Terrier et Dujarier, Revue de Chirurgie 1907, Vol. XXXV, p. 713.
 - (3) Hinman, Frank, Principles and Practice of Urology, W. B. Saunders Co. 1935, p. 736.
 - (4) Hobbs, Priapism from nasal reflex something for the rhinologist, Indiana Medical Journal 1906, Vol. 20, p. 142. Citado por Legueu, Traite Chirurgial d'Urologie 1910, Vol. 1, p. 268.
 - (5) Hinman, Frank, Annals of Surgery, 1914, Vol. 60, 689-716. Citado por Leon Herman. The Practice of Urology, W. B. Saunders Co., 1938, 1st. Ed. p. 586.
 - (6) Herbert Franch, An Index of Differential Diagnosis of Main Symptons, 5th Ed. 1936, Wm. Wood and Co., Baltimore.
 - (7) Berkey, H. A., Priapism, A Report of 3 Cases. Journal of Urology, 22, 489, 1929.
 - (8) McKay and Colston, Journal of Urology, 19, 127, 1928.
-

Boletín de la Asociación Médica de Puerto Rico

Avenida Manuel Fernández Juncos, Parada 19
Santurce, P. R.

Año XXX	Octubre, 1938.	No. 10
---------	----------------	--------

Editor y Administrador:

Dr. E. Martínez Rivera

Editores Asociados:

Dr. Leopoldo Figueroa

Dr. Pedro S. Malaret

Dr. David E. García

Dr. J. Noya Benítez

Dr. L. Gaetán Roberts

NOTAS EDITORIALES

PROGRAMA NACIONAL DE SALUD

De acuerdo con la citación cursada, la Cámara de Delegados de la Asociación Médica Americana se reunió en Chicago el viernes 16 de septiembre próximo pasado a las 10:25 de la mañana, bajo la presidencia del Speaker, Dr. H. H. Shoulders.

Debidamente constituida la Cámara, en la que Puerto Rico estuvo representada por nuestro delegado especial el Dr. Eduardo Garrido Morales, presentaron varias resoluciones que fueron referidas a los comités correspondientes para su estudio e informe. El secretario dió cuenta con el mensaje de la Asociación Médica de Puerto Rico, el cual fué endosado al comité nombrado para el estudio del Programa Nacional de Salud Pública.

Durante la sesión del sábado 17, el comité nombrado para estudiar las distintas resoluciones presentadas y considerar el Programa Nacional de Salud

Pública, rindió el informe, que tal como quedó enmendado, lee como sigue:

“Siendo evidente que los médicos de esta nación, representados por los miembros de esta Cámara de Delegados reunida en sesión especial, favorecen el que se tome una acción final y decisiva ahora, este comité somete a vuestra consideración lo siguiente:

1. Con referencia a la Recomendación I sobre la Expansión de los Servicios de Salud Pública. (1) Vuestro comité recomienda la creación de un departamento federal de salud con un secretario que deberá ser un médico y miembro del Gabinete presidencial. (2) Se aprueban los principios generales esbozados por el Comité Técnico para la expansión de los Servicios de Salud Pública, Salud Maternal y de Niños y la Asociación Médica Americana espera poder cooperar en el desarrollo de medios y métodos eficientes y económicos con que poner en práctica esta recomendación. (3) Cualesquiera de los gastos en que se incurra para la expansión de los servicios de salud pública, salud maternal y de niños, no deberá incluir el tratamiento de enfermedades, excepto cuando ésto no pueda realizarse a satisfacción por el médico de práctica privada.

2. En relación con la Recomendación II sobre expansión de Facilidades Hospitalarias: Vuestro comité favorece la expansión de facilidades hospitalarias generales donde haya necesidad de ello. La situación hospitalaria actual indica que al presente hay más necesidad de que se usen las facilidades hospitalarias existentes que de la creación de nuevos hospitales.

Vuestro comité recomienda, de todo corazón, la aprobación de la recomendación del comité técnico urgiendo el uso

de las facilidades hospitalarias existentes. La estabilidad y eficiencia de los muchos hospitales voluntarios y de sectas religiosas podría asegurarse, si se les abonara a éstos los gastos de la hospitalización del indigente médico.

3. En relación con la Recomendación III sobre la Atención Médica para el necesitado desde el punto de vista médico: Vuestro comité reconoce el principio de que la atención médica del indigente es una responsabilidad de la comunidad, de la profesión médica, y de otras profesiones allegadas a ésta, y que tal atención debe ser organizada por el gobierno local y mantenida con fondos levantados a través de impuestos.

Dado el hecho de que el indigente constituye ahora un gran núcleo de nuestra población, vuestro comité reconoce, que en varias comunidades pobres se hará necesaria la ayuda del estado para la atención médica y que el gobierno federal tendrá que proveer los fondos cuando el estado esté imposibilitado de atender a tales emergencias.

Informes del Negociado del Censo, del Servicio de Salud Pública y Federal y de compañías aseguradoras, demuestran que ha habido en los Estados Unidos un notable progreso en la reducción de la morbilidad y mortalidad en todas las clases sociales. Esto es una demostración palpable de la buena calidad del servicio médico que se viene prestando. Vuestro comité espera ver continuados y mejorados los métodos y prácticas que nos han colocado en un nivel tan alto.

Vuestro comité espera ver establecidos, en los varios estados de la nación, programas bien coordinados para el mejoramiento de la alimentación, medios de vivienda y otras condiciones ambien-

tales que tanta influencia tienen en la salud de nuestros ciudadanos. Vuestro comité espera ver también establecido un programa de salud pública de vasto alcance para la educación e información de todo el pueblo, de modo que éste pueda aprovecharse del servicio médico que al presente se viene prestando en nuestro país.

La clase médica en general acogerá con beneplácito la asignación de fondos para proveer servicios médicos al necesitado desde el punto de vista médico, siempre y cuando que se simplifiquen y coordinen los procedimientos administrativos del negociado de bienestar público, y que la prestación de servicios médicos se decida por oficiales públicos de responsabilidad en la localidad en unión de la profesión médica local y otros grupos aliados.

Vuestro comité estima que en cada estado debe desarrollarse un sistema individual, pues de acuerdo con la sugerencia de la Conferencia Nacional de Salud, "El papel que desempeñaría el Gobierno Federal será principalmente el de aportar ayuda económica y técnica a los estados en el desarrollo de aquellos programas por ellos mismos seleccionados."

4. En relación con la Recomendación IV sobre un Programa General de Atención Médica: Vuestro comité aprueba el principio de un seguro de servicio hospitalario, que está siendo adoptado en todo el país. Este plan es susceptible de una gran expansión sobre bases sólidas, y vuestro comité lo recomienda, principalmente como un proyecto de la comunidad. La experiencia en la aplicación de seguros de servicios hospitalarios o planes de hospitalización en grupos, ha demostrado que estos planes

deben limitarse a la prestación de servicios hospitalarios y no deben incluir ninguna clase de servicio médico.

Vuestro comité reconoce que la demanda de salud y los medios para suplir estas demandas varían a través de los Estados Unidos. Estudios realizados indican que estas necesidades no son iguales en diferentes localidades y sí que éstas dependen de las condiciones locales, y por lo tanto deben considerarse como problemas locales.

Por lo tanto, vuestro comité recomienda a las sociedades médicas de distrito, o de condados que, con la aprobación de las asociaciones de estado, de que éstas forman parte, desarrollen medios apropiados para afrontar sus necesidades locales.

Además del seguro de hospitalización, vuestro comité cree que sería conveniente desarrollar planes de un seguro en metálico para cubrir, en su totalidad o parcialmente, el costo de una atención de emergencia o enfermedades prolongadas. Las agencias que se creen con dicho fin, deberán cumplir con los estatutos y reglamentaciones estatales, a fin de garantizar su solvencia, y deberán tener, asimismo, la aprobación de las asociaciones de condado y de estado bajo las cuales operen.

Vuestro comité no favorece ningún sistema de seguro de salud compulsorio. Vuestro comité está convencido que este es un sistema muy complicado y burocrático, que no resulta apropiado para un país democrático como el nuestro. Sin duda alguna un seguro de esta naturaleza daría lugar a un sistema de impuestos muy elevados, y resultaría más costoso para el gobierno. Que se prestaría a manipulaciones y a control político, no hay duda.

Vuestro comité reconoce la solidez de los principios de las leyes de compensaciones a obreros y recomienda la expansión de dicha legislación con el objeto de proveer para los gastos en que se incurra por enfermedades adquiridas en el trabajo.

Vuestro comité desea repetir que está convencido de que el seguro voluntario de indemnización ayudará a muchos grupos de familias a cubrir sus gastos por concepto de enfermedad, sin necesidad de subsidios. Ulterior desarrollo de la hospitalización en grupos y la creación de planes de seguros basados en el principio de indemnización para cubrir el costo de las enfermedades contribuirán a la solución de estos problemas.

5. En relación con la Recomendación V sobre Seguro de Pérdida de Salarios durante la Enfermedad: Esta recomendación tiene que ver principalmente con la compensación por pérdida de salarios durante el período de enfermedad. Vuestro comité, sin reservas de ninguna clase, endosa este principio, puesto que ello influenciará para un más pronto restablecimiento y tiende a reducir la incapacidad permanente del paciente. Sin embargo, para asegurar una buena atención médica, el médico de asistencia debe ser relevado de la obligación de expedir certificados en relación con la enfermedad o con la recuperación del paciente, función ésta que debe ser practicada por un médico debidamente autorizado, empleado de la agencia que esté a cargo de realizar los pagos.

6. Para facilitar la realización de estos principios, vuestro comité recomienda la creación de un comité de no más de siete compañeros, representativos de los médicos en ejercicio activo de la pro-

fesión, bajo la presidencia del Dr. Irvin Abell, Presidente de la Asociación Médica Americana, y nombrado por el Speaker, con el objeto de conferenciar con los representantes federales en relación con el propuesto Programa Nacional de Salud.

Respetuosamente sometido,

Walter F. Donaldson,
Presidente.

Walter E. Vest

H. J. Luce.

Fred W. Rankin

Frederic E. Sondern.

El anterior informe fué aprobado en su totalidad por la Cámara de Delegados, puesta de pié.

Como podrá verse, el informe aprobado por la Cámara de Delegados de la Asociación Médica Americana, concuerda esencialmente, con la resolución adoptada por nuestra Asociación en su sesión extraordinaria celebrada el día 15 de septiembre último, y que fué publicada en el número de nuestro Boletín correspondiente a dicho mes.

NOTICIAS MEDICO-SOCIALES

Dr. Ernesto Quintero:

Tras de una ausencia de más de tres meses, durante la cual visitó varios centros médicos de los Estados Unidos con el objeto de observar el trabajo que se está llevando a cabo en relación con la campaña antivenérea en el Continente, regresó a nuestra isla a principios del cursante mes de octubre, nuestro querido amigo, el Dr. Ernesto Quintero.

El Dr. Quintero estará, de ahora en adelante, frente al Negociado de Enfermedades Venéreas, organizado en el Departamento de Sanidad por el doctor Garrido Morales, para combatir enérgicamente estas dolencias.

Deseamos reiterar al distinguido compañero, por medio de estas líneas, nuestro más cordial saludo y desearle a la vez el éxito más lisonjero en su nuevo cargo.

Dr. E. Costas Purcell:

Recientemente regresó del Norte, después de someterse a tratamiento médico en la Clínica de los Hermanos Mayo, el querido compañero cuyo nombre encabeza estas líneas.

Al saludar al amigo, hacemos votos sinceros por su salud.

Dr. Eduardo Garrido Morales:

El día 7 del mes en curso regresó de los Estados Unidos, en donde realizó importantísimas gestiones relacionadas con el Departamento de Sanidad, que con tanto acierto dirige, el querido amigo y compañero cuyo nombre sirve de epígrafe a estas líneas.

Durante su permanencia en el Continente, el Dr. Garrido Morales tuvo oportunidad de visitar a distinguidas personalidades médicas, así como a connotados miembros del Gabinete presidencial, recabando de todos ellos, la extensión a Puerto Rico de todos los beneficios de las leyes relacionadas con salud pública. También tuvo oportunidad de asistir, en representación de nuestra Asociación, a la sesión extraordinaria que en relación con el programa de salud pública, celebró la Cámara de Delegados de la Asociación Médica Americana en la ciudad de Chicago el día 16 de septiembre último.

En nuestra próxima edición publicaremos un informe del Dr. Garrido Morales, sobre sus gestiones en Estados Unidos, y especialmente de aquellas relacionadas con su asistencia a la reunión de la Cámara de Delegados de la Asociación Médica Americana.

Sean estas líneas portadoras de nuestro más cordial saludo de bienvenida para el distinguido colega.

Dr. Antonio Ortiz:

En la mañana del domingo 16 del presente mes de octubre, regresó a nuestra isla, tras una breve permanencia en los Estados Unidos, el tesorero de nuestra Asociación, nuestro querido amigo el Dr. Antonio Ortiz.

Reciba el compañero nuestro más cordial saludo de bienvenida.

Dr. José C. Ferrer:

El día 27 del mes en curso embarcó rumbo a los Estados Unidos, en viaje de placer y estudios, nuestro querido co-

lega, el Dr. José C. Ferrer, activísimo Presidente de la Asociación Médica de Puerto Rico.

El Dr. Ferrer aprovechará su estada en el Continente para invitar personalmente a varios distinguidos compañeros del Norte para que asistan a la próxima Asamblea Anual de la Asociación.

Deseamos a nuestro querido Presidente el mayor éxito en sus gestiones y unas muy gratas impresiones durante el tiempo que permanezca en los Estados Unidos.

Dr. Félix García de la Torre

Este compañero pasa por la pena de haber perdido en fecha reciente a su querida esposa.

Al dar cuenta en estas líneas de tan sensible acontecimiento, deseamos reiterar al querido amigo y a su distinguida familia nuestra más sentida condolencia.

Dr. Ramón M. Suárez:

El día 12 del mes en curso embarcó para el Norte en compañía de su distinguida esposa, el amigo y compañero cuyo nombre encabeza estas notas.

Es el propósito del Dr. Suárez asistir a una serie de conferencias auspiciadas por la Academia de Medicina de la ciudad de Nueva York, además de visitar en unión de su esposa, a su hijo Ramón Miguel, quien cursa estudios de medicina en un reputado colegio del Continente.

Deseamos a los distinguidos viajeros una grata permanencia en el Continente y un viaje muy feliz.

Dr. Basilio Dávila:

El día 13 del cursante mes embarcó rumbo al Norte en viaje de recreo, el

querido amigo y compañero, Dr. Basilio Dávila, Vice-Presidente de la Asociación Médica del Distrito de San Juan.

Unas muy gratas impresiones deseamos al estimado colega.

Dr. Juan Mimoso:

En viaje de placer y estudios embarcó hacia los Estados Unidos el día 9 del mes en curso, el querido amigo cuyo nombre damos al principio de esta nota.

Una feliz permanencia en el Continente deseamos a nuestro querido colega, el Dr. Mimoso.

Dr. César Domínguez:

Recientemente embarcó también hacia el Norte, en viaje de placer y estudios, nuestro estimado compañero, el doctor César Domínguez.

Mucho éxito en sus estudios y una feliz permanencia en el Norte deseamos al querido amigo.

Dr. Angel M. Marchand:

En fecha reciente regresó a nuestra capital, tras un corto viaje a los Estados Unidos, el querido amigo cuyo nombre encabeza estas líneas.

Nuestro cordial saludo para el estimado colega.

Dr. C. E. Muñoz Mac Cormick:

A mediados del presente mes de octubre regresó a nuestra isla, después de un corto viaje de placer por el Continente, nuestro particular amigo el Dr. Muñoz Mac Cormick.

Reciba el compañero nuestro cordial saludo de bienvenida.

Dr. Luis González Ramírez:

En viaje de estudios embarcó recientemente rumbo a los Estados Unidos, nuestro amigo el Dr. Luis González Ramírez, Director Médico de la Unidad de Salud Pública de Bayamón.

Deseamos al querido compañero el mayor éxito en sus estudios y una grata permanencia en el Norte.

Dr. Rafael Rodríguez Molina:

El jueves 20 del cursante mes de octubre, y con el objeto de asistir a las conferencias que bajo los auspicios de la Academia de Medicina de la ciudad de Nueva York, se celebrarán próximamente, partió hacia los Estados Unidos, en unión de su distinguida consorte, nuestro estimado colega, el Dr. Rafael Rodríguez Molina, Presidente del Comité Científico de nuestra Asociación.

Deseamos al amigo y a su distinguida esposa, las más gratas impresiones durante el tiempo que permanezcan en el Norte.

Durante la ausencia del compañero Rodríguez Molina, estará a cargo de los asuntos relacionados con la confección del programa de la próxima asamblea anual de nuestra Asociación, el doctor José Chaves, dinámico Secretario de nuestra Asociación.

Reunión del Distrito Norte:

En la noche del martes 18 del cursante mes se llevó a efecto en el edificio de nuestra Asociación, bajo la presidencia del Dr. E. Martínez Rivera, la reunión mensual de la Asociación Médica del Distrito de San Juan, habiéndose desarrollado el siguiente programa:

1.- "Priapismo", Dr. Julio E. Colón.

2.- "Impresiones de la campaña anti-venérea en Nueva York, Baltimore y Filadelfia", Dr. Ernesto Quintero.

Tanto el trabajo de carácter científico presentado por el Dr. Colón en esta ocasión, como la disertación de carácter informativo con que nos obsequió el Dr. Quintero, despertaron el interés de todos los compañeros que asistieron al acto, siendo muy felicitados ambos conferenciantes al final de sus respectivos turnos.

El Dr. Martínez Rivera, al terminarse la sesión, anunció que la próxima reunión del distrito norte se llevará a efecto a mediados del próximo mes de noviembre.

Dr. Manuel López del Valle:

Con fecha 3 de octubre falleció en esta capital nuestro querido amigo, el Dr. Manuel López del Valle.

El Dr. López del Valle nació en el año 1888, habiéndose graduado de Doctor en Medicina en el 1915, en el Colegio de Medicina y Cirugía de Bennet, en Chicago, título que revalidó en nuestra isla a principios del año 1917. El amigo fenecido ejerció su profesión en varios pueblos de la isla, y en todos ellos supo hacerse acreedor del cariño de sus habitantes.

Aunque a la fecha de su muerte hallábase temporalmente alejado de nuestra Asociación, por causas que no son del caso enumerar, el Dr. López del Valle deja en nuestra Casa una pléyade de buenos amigos, que lloran su temprana desaparición, y que se unen de todo corazón a la pena por que pasan a estas horas todos sus familiares.

Nuevo comité:

Recientemente, y con motivo de haber solicitado las estaciones de radio la cooperación de nuestra Asociación con el fin de que ésta supervise los anuncios de drogas o productos alimenticios que hayan de transmitirse en los diferentes programas, ha habido necesidad de crear un nuevo comité en nuestra Asociación, el cual se conocerá por el nombre de "Comité de Censura de Anuncios de Drogas y Productos alimenticios."

Para presidir dicho comité ha sido nombrado nuestro querido amigo y activísimo compañero, el Dr. J. Rodríguez Pastor, quien tiene una vasta experiencia en la materia. Compartirán la labor del estimado colega, los no menos activos compañeros, doctores José Chaves y Oscar Costa Mandry.

Asamblea Anual:

Los preparativos iniciales para la celebración de la próxima asamblea anual de la Asociación Médica de Puerto Rico continúan progresando bajo la competente dirección del Dr. José Chaves, quien sustituye al Dr. Rodríguez Molina durante su ausencia en el Norte.

Como una atracción especial, se proyecta celebrar un torneo de golfo y otro de tennis en la tarde del último día de asamblea, entre miembros de la Asociación. El compañero que resulte vencedor en el torneo de golfo recibirá una copa donada por el Sr. Presidente, y el que resulte triunfante en el de tennis recibirá una copa donada por la asociación.

En nuestra próxima edición daremos publicidad al programa de las actividades que habrán de desarrollarse durante los días de la asamblea.

REVISTA DE REVISTAS

Peterson, Paul, "Vaginitis producida por trichomonas vaginalis.—Un estudio comparativo de su tratamiento e incidencia", *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, Vol. 35, No. 6, pág. 1004, junio, 1938.

El autor llevó a cabo un estudio para determinar la incidencia de la infección de *Trichomonas vaginalis* en un total de 5,712 pacientes que concurrieron a la Clínica de Obstetricia y Ginecología del Hospital Naval de los Estados Unidos en San Diego, California, durante un período de trece meses, obteniendo el siguiente resultado:

1,405 de los 5,712 frotis practicados dieron resultados positivos, o sea el 24.6 por ciento de todas las pacientes examinadas. No se hicieron cultivos. Se notó que los organismos se encontraban más a menudo poco después del período menstrual o el parto. En las prenatales el porcentaje fué 20.3; en las post-natales 33%.

La vaginitis producida por *Trichomonas vaginalis*, como casos clínicos reconocidos, ocurrió en el 15 por ciento de los casos solamente.

Se encontraron organismos en el 64 por ciento de los casos debido al examen de rutina; el 0.21 por ciento ocurrieron con una abundancia patogénica de bacilos de Doderlein; el 12.455 por ciento estaban asociados a endocervicitis gonorréica; el 8.26 por ciento tenían endocervicitis no específica; y 0.075 por ciento ocurrieron con infección de monilias.

El autor informa también sobre un caso de proctitis producida por *Trichomonas vaginalis*.

El autor usó tres métodos de tratamiento: Carbarsone, Vioform y picrato de plata, usando este último con preferencia (695 pacientes, o sea un 49.47%).

La siguiente tabla da un resumen de los diferentes métodos de tratamiento usados por el autor y los resultados obtenidos con cada uno:

Método usado	No. de casos	Por ciento	Habían recibido tratamiento antes Casos	Por ciento	Curados primer tratamiento	Por ciento	Curados segundo tratamiento	Por ciento	Fracasos	Por ciento
Carbarsone	210	14.94	3	1.43	154	73.33	53	25.24	3	1.43
Vioform	500	35.59	7	1.4	381	76.2	118	23.6	1	0.2
Picrato de plata	695	49.47	11	1.73	554	79.71	141	20.29	0	--

Bleckwen. W. J. y Mabel G. Martin: The antidotal treatment of Barbiturate intoxication. Report of Treatment with Picrotoxin in six cases", *Journal of the A. M. A.*, Vol. 111, No. 6, pags. 504-507, August 6, 1938.

Los autores mantienen que cualquier paciente que se encuentre en un estado de coma profundo, con pupilas contraídas, anestesia de la córnea, baja presión arterial, respiración llana y pulso rápido, debe sugerir inmediatamente la posibilidad de un envenenamiento por barbitúricos. El primer paso a dar debe ser el lavado del estómago, aún cuando se sepa que la droga ha sido ingerida muchas horas antes. La acción de los barbitúricos es disminuir o parar la peristalsis; por lo tanto, es posible conseguir la droga en el estómago, aún

después de transcurrido el tiempo normal para vaciar el estómago, como pudo demostrarse en dos de los casos informados. A veces es posible observar en el contenido estomacal, pequeñas partículas de las cápsulas azules o amarillas, ayudando ésto en la identificación de la droga.

Como la droga puede ser absorbida en cualesquiera de las partes del trayecto gastrointestinal, puede obtenerse una rápida peristalsis y la eliminación total del veneno, dejando 2 ó 3 onzas de fosfato de sodio en el estómago tras el último lavado.

Siendo el sulfato de magnesio un depresivo cerebral, y pudiendo resultar tóxico para un sistema urinario que funcione mal, hay duda en cuanto a la conveniencia de su aplicación. Para evitar la oxigenación pobre y la anemia

cerebral, debe aplicársele oxígeno continuamente al paciente, y a fin de conseguir que éste llegue hasta los alvéolos pulmonares el método de catéter nasofaríngeo de Waters es preferible.

Siendo la droga mayormente expelida a través de los riñones, los líquidos parentéricos y la sucrosa contribuirán a la diuresis.

La dextrosa está indicada para evitar la acidosis, en caso de que no ceda el ataque a la acción antitóxica de la picrotoxina.

Durante la administración del tratamiento de emergencia debe dársele al paciente picrotoxina en una solución de 1:1000 a razón de 1 cc. por minuto, manteniendo una estricta vigilancia sobre las pupilas y tomando los reflejos conjuntivales a intervalos.

La primera acción notable de la picrotoxina consistirá en un aumento en la profundidad de la respiración y elevación de la presión arterial. A menudo la calidad del pulso mejora, y se torna más despacio.

El paciente que no haya permanecido inconsciente durante largo tiempo, y que haya ingerido una pequeña cantidad de la droga, puede recobrar su estado normal. Otros que demuestren evidencia de haber pasado de un estado profundo de anestesia a un plano más benigno, después de la administración de la picrotoxina, pero que aún permanezcan inconscientes, han pasado el período crítico, y probablemente el estado de inconsciencia se deba a edema cerebral, del que recobrarán por la diuresis.





Aquel Era un Héroe

Mucio Escévola era un verdadero héroe. Impasible, con una sonrisa en los labios, se quemó la mano derecha en presencia de Tarquino ante las llamas crepitantes de un brasero. Su poderosa fuerza de voluntad ahogó el dolor.

Si el hombre moderno no posee tan ciclópea voluntad para dominar el dolor, la ciencia ha descubierto medicamentos que alivian y le libran del sufrimiento.

En **PERALGA** la medicina moderna tiene los efectos sinérgicos de la aminopirina y el barbital que alivian el dolor y sus manifestaciones nerviosas. Con **PERALGA** se hace innecesario el uso de la morfina. No causa amodorramiento. Especialmente indicada en los dolores frecuentes que causa la neuralgia, la jaqueca, la dismenorrea y en aquellos casos en que la morfina constituye un peligro.

Muestras a disposición de los señores médicos que las soliciten en una hoja de su recetario.

PERALGA

SCHERING & GLATZ, INC.
113 WEST 18th ST., NEW YORK



Un antiácido más seguro . . .

Amphojel (Gel de Oxido de Aluminio Wyeth) es una suspensión coloidal, parecida a la crema y de gusto agradable, de óxido de aluminio hidratado, $\text{Al}_2(\text{OH})_6$, capaz de neutralizar en una hora no menos de 12 veces su volumen de jugo gástrico conteniendo un 0.36% de ácido clorhídrico. Así es cómo 3.7 c.c. de Amphojel neutralizará más de 44 c.c. de este jugo, o la correspondiente menor cantidad de una secreción más concentrada. Está casi exenta de sales, es flúida y agradable al paladar y tiene un ligero sabor de menta.

IMPRESOS DESCRIPTIVOS A SOLICITUD.



**JOHN WYETH & BROTHER
INCORPORATED**

Philadelphia, Pa., E. U. A.

MUESTRAS Y MATERIAL DESCRIPTIVO A SOLICITUD.
Distribuidores: CASTAGNET & CASTILLO CO., Box 618 (1 Tanca St.) San Juan, P. R.

**Dondequiera que esté indicado el uso
del cornezuelo de centeno usese la**

ERGOKLONIN

de WYETH

LIQUOR ERGOTAE PURIFICATUS

Preparación normalizada, estable y de gusto agradable, de la ergonovina, el alcaloide descubierto recientemente del cornezuelo de centeno.

Se cuentan entre sus ventajas sobresalientes las que se especifican a continuación:

- Comienzo rápido y efectivo del clonus uterino y pronto dominio de la hemorragia que ocurre después del parto.
- Mejoría del tono uterino y pronta involución.
- Su uso es inocuo y no hay los efectos toxicos concomitantes de las antiguas preparaciones del cornezuelo de centeno.

Para administración oral o rectal. Acción positiva en menos de cinco minutos. Dura el efecto de tres a seis horas.

**JOHN WYETH & BROTHER INCORPORATED
PHILADELPHIA, PA., E. U. A.**



DRENOBIL



EFERVESCENTE

COLAGOGO DE ELECCION

ANTIANAFILACTICO - ANTITOXICO - LAXANTE

DE 1 A 4 CUCHARADITAS AL DIA.

Distribuidor en Puerto Rico.

ENRIQUE VELEZ POSADA

Calle O'Donnell 12

Box 1018

San Juan, P. R.

Insignias de Médico



Nos place informar a nuestros compañeros que ya tenemos nuevamente en existencia las insignias para automóviles con el nombre de nuestra asociación.

El precio de dichos emblemas es de \$2.50 cada uno, y los socios podrán adquirirlo dirigiéndose al suscribiente o en el edificio de la Asociación.

Dr. ANTONIO ORTIZ,
Tesorero.



ENTORAL

(VACUNA ORAL CONTRA
RESFRIADOS, LILLY)

EL 'ENTORAL' (Vacuna Oral contra Resfriados, Lilly) aumenta substancialmente los anticuerpos heterofilos en los individuos susceptibles a las infecciones del aparato respiratorio. Las desventajas de la administración pa-

renteral se eliminan, pudiéndose así utilizar dosis frecuentes para mantener la inmunidad.

'Entoral' se presenta por conducto de las farmacias y droguerías en envases de 20 y de 60 pulvules (cápsulas llenas).

Lilly

ELI LILLY AND COMPANY
INDIANAPOLIS, INDIANA, E.U.A.

Asamblea Anual: Diciembre 16, 17 y 18.

AÑO XXX

NOVIEMBRE, 1938.

No. 11

BOLETIN

DE LA

ASOCIACION MEDICA DE PUERTO RICO

ORGANO OFICIAL

PUBLICACION MENSUAL

Ave. Fernández Juncos, Parada 19

Santurce, Puerto Rico

Entered as second class matter, January 21, 1931 at the Post Office at San Juan, Porto Rico, under the act of August 24, 1912.

INDICE



	PAGINA
Las enfermedades venéreas desde el punto de vista de la salud pública, E. Martínez Rivera, M. D., San Juan, P. R.....	403
Preoperative and Postoperative Management in Thoracoplasty, Jacob Smith, M. D. Río Piedras, P. R.	412
Noticias Médico-Sociales	425
Relación avanzada del programa científico de la Asamblea Anual	428
Lista de colegios de medicina reconocidos por el Tribunal Examinador de Médicos de Puerto Rico	431

SUSCRIPCION ANUAL TRES DOLARES

L A S A

PARA LAS ENFERMEDADES DE LAS
VIAS RESPIRATORIAS
F O R M U L A

300 c. c. de LASA contienen:

Ortoguayacolsulfonato potásico	5 gramos
Jarabe de brea	40 c.c.
Jarabe savia de pino	50 c.c.
Jarabe bálsamo tolú	60 c.c.
Glefina	150 c.c.

ANDROMACHUS CORPORATION

LONG ISLAND CITY, NEW YORK

ENRIQUE VELEZ POSADA

Calle O'Donell Núm. 12, Box 1018, San Juan, P. R.

DRENOBIL



EFERVESCENTE
COLAGOGO DE ELECCION
ANTI-ANAFILACTICO ANTITOXICO LAXANTE

Contiene por cucharadita o dosis 0,50 gramos de Peptona de Witte y 3 gramos de Sulfato de Magnesia; asociados a la cantidad correspondiente de sales efervescentes y colagogos aromáticos.

De 1 a 4 cucharaditas al día.

PRODUCTO DE:
"ESPECIALIDADES FARMACEUTICAS OHR"
SAN JUAN, P. R.

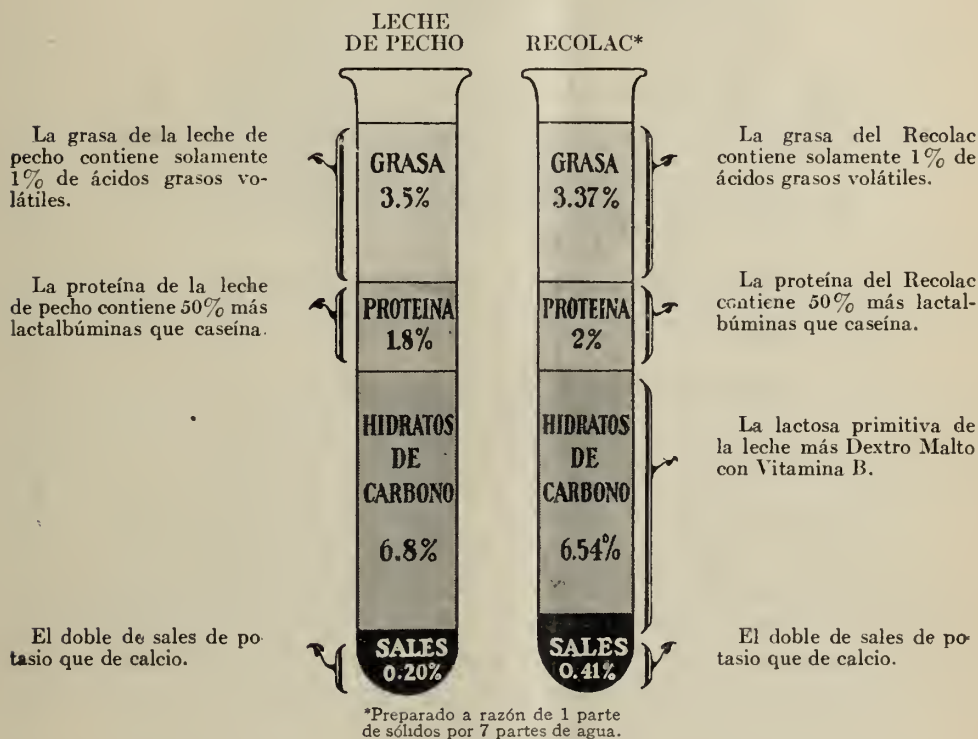
Distribuidor en P. R.

ENRIQUE VELEZ POSADA

Calle O'Donell No. 12, Box 1018 - San Juan, Puerto Rico.

CUANTO MÁS SEMEJANTE A LA LECHE DE PECHO
SEA EL RÉGIMEN DEL NIÑO CRIADO AL BIBERÓN,
TANTO MEJORES SERÁN LOS RESULTADOS

RECOLAC



EL RECOLAC ES EL ÚNICO RÉGIMEN DE LECHE DE VACA QUE ENCARNE LA FÓRMULA FÍSICA, QUÍMICA Y BIOLÓGICA DE LA LECHE DE PECHO

Contiene vitaminas A, B (B₁), D y G (B₂), y hierro en abundancia. Indicado desde el nacimiento. De venta en todas las buenas farmacias y boticas.

Muestras y literatura a disposición de los Sres. médicos.

MEAD JOHNSON & CO., EVANSVILLE, IND., E. U. A.

ENRIQUE VELEZ POSADA, P. O. BOX 1018, SAN JUAN



KAOMAGMA

MAGMA ALUMINAE ET KAOLINI

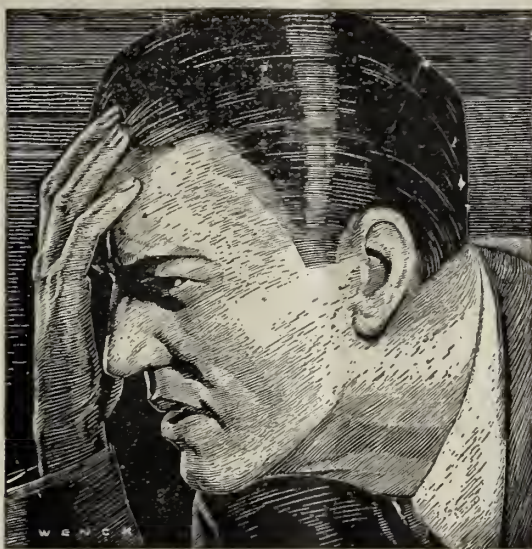
- adsorbe las toxinas intestinales
- detiene la diarrea
- suspende la deshidratación
- suaviza la mucosa inflamada

KAOMAGMA es una preparación del caolin medicinal más fino cuya capacidad de adsorción se ha activado varias veces por medio de la dispersión flúida en gel de óxido de aluminio. Kaomagma da firmeza y solidez a las heces líquidas e impide la disminución de la cantidad de líquidos como ocurre en los estados diarreicos. Adsorbe gases, mucosidades y toxinas bacterianas, lo que evita toda nueva irritación de la mucosa intestinal. Al mismo tiempo, su acción suaviza y protege decisivamente la membrana que tapiza los intestinos, reduciendo el dolor y la incomodidad y acelerando el retorno de la función intestinal normal.

*Kaomagma Simple y Kaomagma con Aceite
Mineral se surte en frascos de 175 c. c.*

JOHN WYETH & BROTHER INCORPORATED
PHILADELPHIA, PA., E. U. A.

MUESTRAS Y MATERIAL DESCRIPTIVO A SOLICITUD
Distribuidores: CASTAGNET & CASTILLO CO., Box 618 (1 Tanca St.) San Juan, P. R.



LA CEFALALGIA INCAPACITA

El dolor de cabeza incapacita a veces tanto como una grave enfermedad. La jaqueca, por ejemplo. Pero el paciente puede obtener rápido alivio con Peralga, combinación analgésica y sedante, sin sustancias narcóticas, de aminopirina y barbital. Aunque alivia el dolor con prontitud, no causa somnolencia si el paciente ha de continuar en su trabajo. He ahí la razón por la que Peralga se receta tanto para dolores reincidentes como la jaqueca y la dismenorrea. Se envían gustosamente muestras a los médicos que las soliciten en hojas de su recetario.

PERALGA

SCHERING & GLATZ, INC.

13 West 18th St., New York





EL EJERCICIO

El ejercicio es uno de los importantes factores en el tratamiento del estreñimiento. Son igualmente importantes el régimen alimenticio y el hábito regular de la hora de evacuación intestinal. Desgraciadamente, en las condiciones modernas de vida, es difícil someterse a un régimen tan estricto. Aun cuando su paciente tienda a abandonar el régimen alimenticio adecuado y el ejercicio, es preciso que se mantenga una evacuación intestinal diaria. El Petrolagar ayuda a establecer una evacuación intestinal normal ya que se mezcla íntimamente con las heces para formar una deposición blanda que sale fácilmente. Con el uso de Petrolagar se puede establecer y mantener la hora del hábito. Petrolagar Laboratories, Inc., 8134 McCormick Blvd., Chicago, Ill., E. U. A.

Petrolagar es una emulsión mecánica de petrolato líquido puro (65% por volumen) y de agar-agar. Aceptado por el Consejo de Farmacia y Química de la Asociación Médica Americana para el tratamiento del estreñimiento.

Petrolagar

MUESTRAS Y MATERIAL DESCRIPTIVO A SOLICITUD.
Distribuidores: CASTAGNET & CASTILLO CO., Box 618 (1 Tanca St.) San Juan, P. R.



Alivio Prolongado de la Congestion y el Dolor

En condiciones traumáticas e inflamatorias, las aplicaciones del emplastro Numotizine mejorado, producen mejoría subjetiva y objetiva de varios modos:

Primero: aumentando la circulación y estimulando la fagocitosis acelera la eliminación de los desechos tóxicos del área afectada.

El dolor es aliviado debido a sus ingredientes analgésicos, y la temperatura febril es reducida gradualmente por la lentitud con que son absorbidos el guayacol y la creosota.

NUMOTIZINE

INDICACIONES

Algunas de las condiciones para las cuales Numotizine ha sido hallada más útil, son: torceduras, picaduras de insectos, forunculosis, amigdalitis y afecciones del pecho.

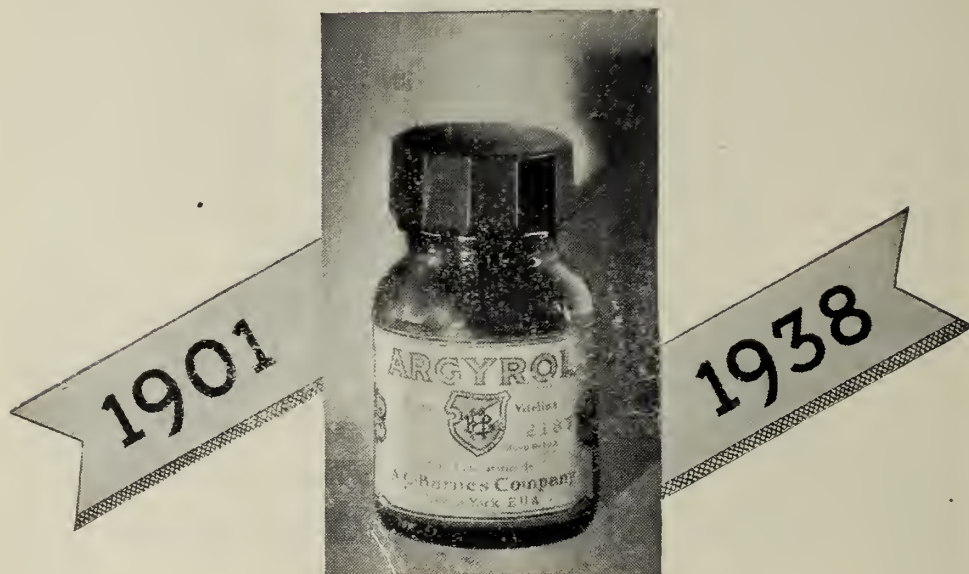
N U M O T I Z I N E , I N C .

900 NORTH FRANKLIN STREET

CHICAGO, ILL., E. U. A.

Infecciones de los senos frontales en los Niños

ARGYROL



Cuando los niños sufren de anorexia, estreñimiento, anemia secundaria y, en general, falta de resistencia, a menudo sobrevienen infecciones de los senos frontales después de un resfriado, particularmente durante el invierno. Un especialista en enfermedades infantiles (el Dr. C. G. Kerley) recomienda para casos así el atento examen de los factores constitucionales y la aplicación local de tapones saturados con una solución de Argyrol al diez por ciento, conforme al método de Dowling. Aplicándolo cada 5 o 6 días, se obtienen excelentes resultados. Argyrol es singularmente eficaz en estos casos, debido a la notable influencia descongestionante y detergente que ejerce sobre

los tejidos nasales, inflamados.

Argyrol es sui generis y *no* una benigna proteína de plata como hay tantas. Es un compuesto químico único en su clase y químicamente distinto de otras sales de plata. Prototipo de los productos benignos de plata, Argyrol no ha podido ser duplicado nunca con éxito. Ninguna otra composición contiene plata en las mismas condiciones químicas o físicas, ni proteína de tan alta calidad o tan adaptable. *Argyrol es la única sal de plata que no se vuelve irritante al aumentar de concentración.* Si insiste usted en el nombre BARNES en todas las soluciones que compre o recete, quedarán garantizados los resultados que usted tiene derecho a esperar.

S38A5

Argyrol es fabricado solamente por A. C. BARNES



A. C. BARNES COMPANY, INC., NEW BRUNSWICK, N. J.
DESDE HACE 35 AÑOS, FABRICANTES EXCLUSIVOS DEL ARGYROL Y EL OVOFERRIN
"Argyrol" es un producto de marca registrada, propiedad de A. C. Barnes Co., Inc.

PICRATOL

de WYETH

Eficaz en el tratamiento de la VAGINITIS
causada por TRICOMONAS VAGINALIS

Picratol Compuesto de Wyeth en Polvo, proporciona un tratamiento cómodo, práctico y económico de la vaginitis causada por tricomonas vaginalis. Es una mezcla suave, que no irrita, de Picratol de Wyeth al 1%, disperso en caolin, concentración que según lo ha demostrado la investigación clínica es, en general, eficaz contra este organismo.

Cuando se aplica el Picratol, Compuesto de Wyeth en Polvo, por medio de un insuflador adecuado y se suplementa con el uso de los Supositorios Vaginales de Picratol de Wyeth, se reduce el curso normal del tratamiento a un período de dos semanas, o sea, un período más corto del que se requiere generalmente para dominar la infección.

Impresos descriptivos a solicitud.

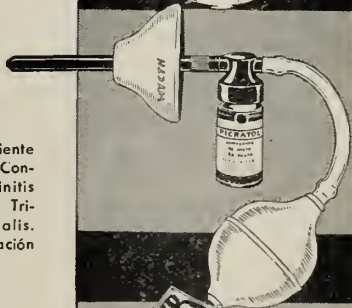
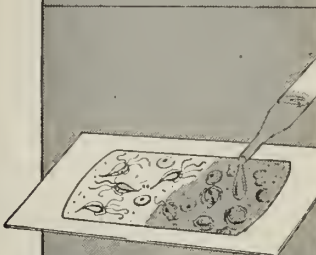
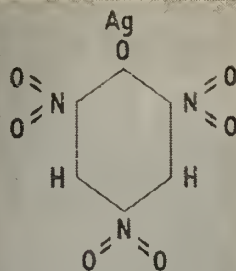
PICRATOL ofrece...

Un Colorante Amarillo que posee marcada afinidad con los tejidos al entrar en contacto con ellos.

Una Fuente de Suministro de Iones de Plata, eficaz en concentraciones que al quedar limitadas por su baja solubilidad (1 por ciento) impiden acción caustica alguno.

Un medio conveniente de tratar en el Consultorio la Vaginitis causada por la Tricomonas Vaginalis. Técnica de Insuflación con Polvo Seco.

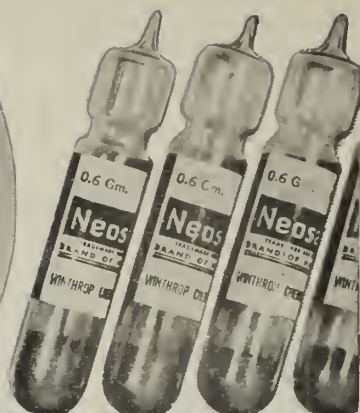
Un Tratamiento Casero Auxiliar (Supositorios) para obtener acción continuo entre unas y otras visitas al médico.



JOHN WYETH & BROTHER, INCORPORATED, Philadelphia, Pa., E. U. A.

MUESTRAS Y MATERIAL DESCRIPTIVO A SOLICITUD.
Distribuidores: CASTAGNET & CASTILLO CO., Box 618 (1 Tanca St.) San Juan, P. R.

Specify
NEOSALVARSAN
... not just
"NEO"



AFTER the introduction of Salvarsan, its originator—Ehrlich—turned his attention to the production of an arsenical anti-syphilitic in a form more suitable for general use. The product resulting from his investigations was named Neosalvarsan.

The experience and skill gained during many years in the manufacture of Neosalvarsan have resulted in a product of high therapeutic potency.

Before it leaves the laboratories every lot of Neosalvarsan is subjected to the trypanosome test to assure its spirocheticidal activity.

Scrupulous care is exercised to produce an arsenical that is safe as well as effective. The safety margin of Neosalvarsan is at least 50% greater than that demanded by the U. S. Public Health Service.

Hence, "Neosalvarsan" is a distinctive product — **not** to be termed just "Neo".

PRICES DRASTICALLY REDUCED

NEOSALVARSAN

Trademark Reg. U. S. Pat. Off. & Canada

Brand of NEOARSPHENAMINE

Write for illustrated booklet:

"Syphilis: Suggestions on Technic and Schedules of Treatment."

WINTHROP CHEMICAL COMPANY, INC.

Pharmaceuticals of merit for the physician

NEW YORK, N. Y.

WINDSOR, ONT.

Factories: Rensselaer, N. Y. — Windsor, Ont.

591M

MUESTRAS Y MATERIAL DESCRIPTIVO A SOLICITUD.
 PROPRIETARY AGENCIES, INC., 21 Comercio St. P. O. Box 402, San Juan, P. R.

BOLETIN DE LA ASOCIACION MEDICA

DE PUERTO RICO

PUBLICADO MENSUALMENTE BAJO LA DIRECCION DE LA JUNTA EDITORA

Año XXX

NOVIEMBRE, 1938.

No. 11

LAS ENFERMEDADES VENEREAS DESDE EL PUNTO DE VISTA DE LA SALUD PUBLICA *

E. MARTINEZ RIVERA, M. D. **

San Juan, P. R.

Por enfermedades venéreas debe entenderse todo ese grupo de condiciones patológicas que usualmente se adquieren (según su nombre indica) en el Templo de Venus, aunque no todos los casos tienen su origen irremisiblemente en el contacto sexual.

Este conjunto de afecciones incluye la sífilis, la gonorrea, el chancroide (o chancro blando), la linfogranulomatosis inguinal, los papilomas genitales, etc.

Podemos asegurar que las enfermedades venéreas constituyen uno de los más grandes problemas médico-sociales que tienen aun pendientes de resolver casi todos los países del mundo. Puerto Rico no es una excepción a lo que dejamos dicho; por el contrario, puede afirmarse categóricamente que en nuestra isla el campo está prácticamente virgen, pues es muy poco lo que se ha hecho para solucionar este serio problema.

Aunque la frecuencia e importancia de las distintas enfermedades venéreas varía según el país y las costumbres de

sus habitantes, no cabe discusión sobre que las tres enfermedades venéreas más comunes son la gonorrea, la sífilis y el chancroide, y que de este famoso "triumviratum", las dos primeras (blenorragia y lues) son las más importantes. Por lo tanto a la consideración de ellas nos limitaremos, ya que muy bien puede aplicarse a las otras afecciones cuanto aquí se diga de esta singular pareja.

No vamos a cansaros con estadísticas porque comprendemos la natural aversión que a ellas tiene todo el mundo, y además porque sabemos que si en algún caso es difícil determinar la frecuencia con que ocurre una enfermedad, ese caso es en el de las afecciones venéreas, ya que es generalmente admitido, que aunque la notificación de estas dolencias es compulsoria, por diversas razones, que no viene ahora al caso discutir, usualmente, nadie las informa; por lo tanto, las cifras normalmente a la disposición de las autoridades sanitarias son tan inexactas, que no dan una idea ni aproximada de su incidencia.

Pero aún así, todas las autoridades en la materia están contestes en que el porcentaje de personas afectadas por una o más de estas enfermedades en cual-

* Trabajo leído durante la asamblea anual de la Asociación Médica de Puerto Rico, celebrada durante los días 17, 18 y 19 de diciembre, 1937.

**Jefe de la Unidad de Salud Pública de San Juan.

quiera de sus múltiples formas es muy alto, y los más radicales llegan a afirmar, que en el curso de la vida es mayor el número de personas que en algún momento son víctimas de ellas, que las que escapan ilesas.

En lo que respecta a la sífilis — considerada por muchos autores como la más importante de estas enfermedades y la cual Williams clasifica como “el problema sanitario más grande que confronta el mundo moderno” — podemos decir que de acuerdo con la experiencia de las Juntas de Reclutamiento, del Ejército y la Armada de Estados Unidos, las estadísticas de hospitales, de compañías de seguros y de los Departamentos de Sanidad Estaduales y el Nacional, así como de los especialistas en estas dolencias y de la profesión médica en general, de un 10 a un 20 por ciento de población padece de sífilis en alguna de sus formas o manifestaciones. Se ha calculado que en Estados Unidos existen por lo menos de ocho (8) a catorce (14) millones de sifilíticos. Según esos cálculos en Puerto Rico debería haber de 180,000 a 360,000 luéticos.

Costa Mandry ha encontrado que alrededor de un 15% de todos los Wassermann hechos en el Laboratorio Biológico del Departamento de Sanidad de Puerto Rico dan positivos y calcula que aproximadamente un 5% de toda la población daría positivo. Si tomásemos como índice esta cifra conservadora, tendríamos entonces no menos de 90,000 sifilíticos en Puerto Rico.

Clark nos dice que en los Estados Unidos durante el 1926 se hizo un estudio en un área que tenía aproximadamente veinticuatro y medio millones de habi-

tantes, entre los cuales se encontraron casi 100,000 (cien mil) casos de sífilis, (99,333 casos para ser más exactos) y comenta el autor; “esto significa que constantemente hay más de un cuatro por mil habitantes recibiendo tratamiento antiluéutico y sobre esa base podemos calcular que en los Estados Unidos ocurren no menos de 643,000 casos nuevos anuales que se encuentran constantemente recibiendo tratamiento”. Y añade Clark: “la proporción de casos que presentan estados avanzados de la enfermedad, cuando vienen por primera vez a recibir tratamiento, en relación a los que revelan un estado incipiente, es de tres a uno.

Otras autoridades como Smillie indican que la mejor información obtenible hoy en día nos hace creer que “la proporción anual es de 5 casos nuevos (de sífilis) por cada 1,000 habitantes”. Sin embargo, el Dr. Thomas Parran, Cirujano General del Servicio de Salud Pública de Estados Unidos, quien hoy día es quizás la autoridad que está en mejores condiciones de juzgar la incidencia de estas enfermedades por la posición que ocupa y por su experiencia nos asegura, en su magistral libro que acaba de publicar titulado: “Shadow on the Land” que: “de acuerdo con los últimos estudios realizados, el índice de incidencia en Estados Unidos es de 7.96 por cada mil habitantes”, de lo cual se deriva como consecuencia lógica, que en Estados Unidos deben ocurrir por lo menos 934,000 casos nuevos de sífilis anualmente.

De acuerdo con ese criterio podemos calcular que en Puerto Rico ocurren no menos de 9,000 (nueve mil) y probablemente alrededor de 14,000 casos nuevos de sífilis todos los años.

He oído decir al Dr. Quintero, uno de nuestros más competentes especialistas en estas enfermedades, que parece increíble, que siendo las Américas la probable cuna de la sífilis sean ellas precisamente los países donde menos resultados prácticos se han obtenido en la supresión de este mal.

La investigación hecha por el Prof. Jadassohn de Breslau, comprobó que, con la posible excepción de Francia, la lues ha disminuído en toda Europa. Este hecho ha sido corroborado por la Comisión nombrada en 1935 por el alcalde La Guardia de New York para estudiar el problema de las enfermedades venéreas. Se sabe que en Alemania, por ejemplo, mientras en 1919 se registró un promedio de 87 casos nuevos por cada 10,000 habitantes, la incidencia había bajado en 1925 a 58; en 1934 a 34.6; y según las últimas cifras obtenibles a 13.1.

En Inglaterra ha ocurrido una disminución de 11.1 en 1919 a 4.7 en 1935 por cada 10,000 habitantes. En la provincia de Amberes el número de lesiones primarias se redujo de 203, en 1920, a 10 en los primeros ocho meses de 1925, y a cero durante el mes de septiembre del mismo año. En las clínicas de Ginebra el número de chancros bajó de 104, en el 1919, a 2 en 1925. Igual descenso acusan Bélgica, España y otras naciones, mientras que los países Escandinavos pueden decir con legítimo orgullo que allí la enfermedad ha desaparecido casi por completo, siendo un ejemplo del que debe copiar el mundo entero.

Veamos como Noruega, Suecia y Dinamarca han dominado esta terrible enfermedad que ha sido llamada "the great pox" para distinguirla de otra menos pe-

ligrosa, pero más temida, o sea el "Small pox" o viruelas:

Noruega ha conseguido reducir su incidencia de casos nuevos de 36 por 10,000 habitantes en 1919 a 3 en 1933. Dinamarca ha ido más lejos y ha obtenido una reducción de 11.9 en 1919 a 2 en 1935; pero como si esto fuese poco aún, Suecia las ha superado a todas alcanzando la enorme reducción de 9.7 por 10,000 en 1917, a 0.7 en 1935. ¡Tal es el poder de la Voluntad!. . .

Por el contrario en Estados Unidos, según ha demostrado Stokes, en el Area de Registro nada más, donde es compulsorio notificar esta enfermedad, desde 1920 han ocurrido 35,000 casos más de sífilis que de fiebre escarlatina; 79,000 más que de tuberculosis en todas sus formas; 500,000 más o sea una tercera parte más que difteria; tres veces más que casos de viruelas y cinco veces más que de tifoidea. Situación esta por demás denigrante y vergonzosa para un país que en muchos otros respectos camina a la cabeza de la civilización mundial.

Y en Puerto Rico se da el caso anómalo de que mientras en el 1923 nuestra Legislatura asignó la suma de \$12,000, cantidad ya de por sí pequeña para combatir las enfermedades venéreas, esa cifra se fué reduciendo hasta llegar a la cantidad irrisoria de \$1,500; siendo en la actualidad lo asignado en el presupuesto para tales fines nada más que \$3,800 para sueldos y \$5,000 para comprar salvarsán para todos los sífilíticos insolventes de la isla, o sea la gran suma de 0.55 centavos por persona por año, teniendo el Departamento de Sanidad que hacer milagros para atender lo mejor que le es posible a estos servicios.

¡Así se ha escrito, hasta ahora, la historia de nuestra lucha anti-venérea en Puerto Rico!. . .

Todos los venereólogos aceptan que la gonorrea es por lo menos de dos a tres veces más frecuente que la sífilis. Siendo esto así tenemos, que, en nuestra isla, probablemente ocurren anualmente no menos de 18,000 (dieciocho mil) a veintisiete mil (27,000) casos nuevos de gonorrea, que sumados a los casos de sífilis nos darían un minimum de 27,000 a 36,000 casos de estas dos enfermedades solamente. Creemos francamente que estas cifras son demasiado conservadoras para nuestro país y que probablemente en la isla la incidencia de estas dos enfermedades es mucho más alta.

También se ha probado claramente de acuerdo con los trabajos de Deacon Sydenstricker y King que, desgraciadamente, las enfermedades venéreas tienen su mayor incidencia entre los 17 y los 25 años; que la gonorrea tiene su mayor incidencia en edad más temprana que la sífilis y chancroide; y que estas tres enfermedades alcanzan su mayor incidencia en las mujeres a una edad más tierna que entre los hombres; todo lo cual hace que las oportunidades para la propagación de estas dolencias sea mayor, puesto que, al atacar al individuo en los albores de su vida sexual, le dan múltiples oportunidades de seguir las diseminando por muchos años, si no se cura radicalmente, lo cual no ocurre en la mayoría de los casos.

Mas eso no es todo y al pensar sobre los efectos de la sífilis no debemos olvidar, como dice Newsholme: "que si tomamos en cuenta sus estragos posteriores, directos e indirectos, no hay duda que ella ocupa un puesto en la vanguardia formada por las cuatro o cinco enfermedades que mayor número de muer-

tes causan anualmente"; porque, al hacer el recuento de la sífilis hay que acordarse de acreditarle en su haber no sólo todos los casos activos o latentes de sífilis adquirida, y de las formas hereditaria o congénita, sino además los abortos, los nati-muertos y los partos prematuros que ella produce, sumándole también, las condiciones cardio-vasculares, renales, oseas, hepáticas, intestinales, etc., por ella causadas, sin que olvidemos por un momento la neurosífilis, con los retardados mentales, los idiotas, los morones, los imbéciles, los paréticos y los tabéticos y todo ese conglomerado que va a formar el triste conjunto que representan del 15 al 20 por ciento de la población de nuestros manicomios y clínicas neurológicas.

Se ha dicho con razón que "la sífilis es la enfermedad más desastrosa para la unidad social y para la familia", ya que cuando entra en un hogar empaña, con sus negros nubarrones, el cielo de la felicidad conyugal, porque muchas veces cuelga, cual la espada de Damócles sobre aquel recinto que, de otro modo, podría ser un nido de alegrías y de amores.

La sífilis, como acertadamente ha expresado un escritor médico es; "un verdadero asesino de la juventud; una tumba insaciable de la infancia; un cegador de vidas que están aun al calor del claustro materno; un ladrón que roba a la mujer que se convierta en madre del fruto bendito de sus entrañas sin respetar siquiera el instante sublime en que ella, como sacerdotisa del amor, oficia ante el altar sacrosanto de la vida, cubriéndose con su propia sangre como si fuera un glorioso manto de púrpura, con el que se reviste para sufrir, con placer, los dolores del nacimiento del ser por ella concebido y que es inmolado, co-

mo una víctima más, ante el ara del dios Moloch. La sífilis es mano siniestra que arrebató a la cuna su tierno e inocente morador, sin preocuparle si ese es el ser en que sus padres depositaron todo el cariño y el amor de sus corazones, en quien cifraron sus esperanzas, y en quien cuajaron todos sus más caros sueños y doradas ilusiones". La sífilis en fin, no conoce barreras sociales o raciales, ella se extiende como una sombra ominosa sobre la faz de nuestro continente desde la región ártica hasta el Cabo de Hornos y del Atlántico al Pacífico, así vemos como en cada encrucijada, en cada esquina tropezamos con sus víctimas. Ellas se encuentran en todas las estratas sociales, porque el sifilítico lo mismo se sienta a nuestra mesa, que nos sirve o prepara los manjares que en ella comemos, monta en nuestro automóvil o bien es quien lo conduce; guía nuestros carros eléctricos, nuestros omnibus o las locomotoras de nuestros trenes, o los construye; cuida nuestros hijos o quizás hasta los amamantan; hace nuestras camas o lava nuestra ropa; prepara nuestra comida o corta nuestros cabellos y finalmente sus víctimas llenan nuestros hospitales, clínicas y manicomios y presidios, o se cuentan entre los que hacen nuestras leyes, velan por su cumplimiento o rigen los destinos de nuestra desventurada patria.

En cuanto a la gonorrea, de quien ya hemos dicho que es aún más frecuente que la sífilis, hay que recordar que ella es algo más que una simple uretritis específica. A su cuenta hay que cargarle muchos de los sufrimientos y sinsabores que padece la humanidad, porque como factor del suicidio involuntario de la raza, ella sobrepasa a la sífilis, ya que es capaz de producir y produce mayor número de casos de esterilidad en ambos

sexos. Algunas autoridades como White calculan que el 33 1/3% de los casos de esterilidad se deben a las consecuencias de infecciones blenorragicas.

Nadie podría asegurar hasta que punto la gonorrea es responsable de la multitud de afecciones y achaques que frecuentemente encontramos, tales como las artritis, las endocarditis, las cistitis, las prostatitis, las salpingitis e infinidad de otras condiciones, sobre todo esos estados patológicos de la pelvis de la mujer, amén de las vulvitis, vaginitis, etc., que sabemos ella produce.

Es por ello que Noeggerath afirmó en el Primer Congreso Ginecológico de América que "aproximadamente el 90% de las mujeres estériles están casadas con hombres que han pasado gonorrea antes de o durante su vida matrimonial y que la mayoría de las inflamaciones genitales de carácter agudo o crónico de que padecen las mujeres son el producto de infecciones neisserianas frecuentemente contraídas en el lecho nupcial "*el regalo matrimonial*", por decirlo así, que reciben de su *querido esposo* en su "*noche de bodas*", o durante la "*luna de miel*".

Hay que añadir una negra pincelada más al boceto trágico que dejamos apuntado. Nos referimos a lo que es, quizás, la faz más inhumana de cuantas puedan presentar las afecciones venéreas: la ceguera del recién nacido, u *oftalmía neonatorum*. Esa hija bastarda de la gonorrea que tantos estragos suele causar, privando injustamente de la luz, de la dicha y de la felicidad a miles de inocentes criaturas, cuyo único crimen consistió en haber sido engendrados por padres que, por ignorancia o por abandono, los lanzaron al mundo a través de un torrente de virus purulento que elaboraron en sus propios cuerpos y con el que

les proporcionaron un verdadero bautismo séptimo transmitiéndoles a sus débiles ojos el producto piogénico que ellos adquirieron en un momento de placer.

Quien haya visto uno de estos casos, quien haya contemplado de cerca el drama conmovedor a través del cual pasan estas infelices víctimas, para finalmente quedar sumergidas en las tinieblas eternas, sabe que no exageramos al decir que para pintar tanto dolor y desdicha tanta, no serían suficientes las plumas de aquellos dos bardos ciegos que se llamaron Homero y Milton, unidas a las de todos los demás poetas que en el mundo han sido.

Hemos tratado de daros un ligero bosquejo, trazando a grandes pinceladas, el terrible cuadro que representan las enfermedades venéreas, pero es imposible en tan corto espacio, diseñar algo que no sea esquema muy incompleto del lúgubre panorama que presentan a nuestra vista no solamente las enfermedades venéreas, sino lo que es peor, nuestra indolencia, nuestra apatía y nuestra negligencia en atacar estas plagas, especialmente la sífilis, que durante cinco centurias ha zapado nuestros hogares, ha segado nuestra infancia, ha diezmado el vigor de nuestra juventud y ha tronchado prematuramente millones de vidas útiles y necesarias.

Es natural que la pregunta que inmediatamente surja a la mente sea ¿qué podemos hacer para solucionar este enorme problema? Todos aceptamos que algo debe hacerse, lo que no ha sido tan fácil determinar y sobre lo que ha sido más difícil ponerse de acuerdo es sobre qué debe hacerse. Hasta ahora, como acertadamente ha dicho Parran: "en el pasado no solamente hemos tenido miedo de hablar sobre sífilis sino también

de hacer el recuento de sus víctimas, sin que jamás se haya hecho un censo completo de ellas."

No es suficiente con admitir que estas enfermedades son un peligro muy grande para el individuo, para la familia, para la descendencia y para la sociedad, ni basta con aceptar que ellas son una enfermedad social. Los poderes públicos tienen el ineludible deber de oponerse con todas sus energías a su difusión. Los medios que pueden utilizarse son innumerables; los resultados han variado y seguirán variando según los métodos usados y la forma en que estos sean puestos en práctica. No trataremos siquiera de enumerarlos, pues ello nos llevaría inmediatamente fuera del marco de limitación a que forzosamente hemos de ceñirnos. Pero puede afirmarse que el éxito o el fracaso de un programa para combatir las enfermedades venéreas depende en gran parte de las agencias que hayan de cooperar para llevarlo a la práctica y de la manera como se ataque el mal, y que "en ninguna parte del mundo han disminuído estas enfermedades sin la intervención activa y enérgica del gobierno. Una acción nacional coordinada es tan necesaria como contra cualquier ejército invasor y los triunfos más grandes contra la sífilis se han obtenido en aquellas naciones donde la legislación social ha hecho más para establecer la protección de la salud pública como una base y derecho inherente de la ciudadanía individual." (Parran).

Hay dos clases de métodos para combatir estas enfermedades: el método social y el médico. Casi todas las autoridades aceptan que el método social ha sido un fracaso por no tener nada práctico que ofrecernos para evitar la prostitución y la inmoralidad que son dos de los

más grandes pilares que especialmente ayudan a sostener este monstruo social; y la erradicación de la prostitución y del vicio es algo con que no sueñan ni aún los más radicales reformistas, porque saben que el apetito sexual, el hambre y la sed son tres necesidades primordiales que el hombre siempre sacia con exceso. Por el contrario la medicina tiene a su disposición medios eficaces de exterminar estas dolencias; lo que se necesita es la habilidad, los medios económicos y el valor moral para ponerlos en práctica.

Siendo como son estas enfermedades de carácter infeccioso, contagioso y transmisible, conociéndose perfectamente el origen etiológico de ellas y el tratamiento específico de la sífilis y profiláctico de todas, y teniendo como tienen muchos puntos de afinidad con las otras enfermedades contagiosas, es lógico pensar que son aplicables a ellas los mismos procedimientos epidemiológicos que se utilizan para la supresión de otras enfermedades transmisibles, y así lo es en teoría, más no en la práctica por culpa nuestra; porque aunque no hay razón para que el luético o el blenorreico se considere y trate sanitariamente distinto al diftérico, al tuberculoso o al leproso, desgraciadamente la *Sociedad* y la *Religión* han lanzado sobre las afecciones venéreas un velo de misterio, de secreto y de obscurantismo que las han colocado en un terreno que las favorece y las ayuda para continuar siendo un azote de la humanidad.

Es contra esa actitud mental de la Sociedad y la Religión, debida a ignorancia, a superstición, o a ambas cosas, que en primer término tenemos que enfilar nuestra puntería.

Hasta una fecha muy reciente la mayoría de los médicos, inclusive los sifilólogos más eminentes del mundo, habían considerado al sifilítico desde el punto de vista del paciente individual y no como un caso de una enfermedad contagiosa y epidémica como en realidad lo es. Hay que hacer comprender al pueblo que no existe absolutamente ninguna razón por la cual el oficial de sanidad, el especialista y el médico general no deban considerar y atacar la gonorrea y la sífilis igual que cualquier otra enfermedad epidémica, cuya endemia es la mayor vergüenza que tienen que afrontar todos los países civilizados. No existe causa alguna para que los hospitales generales no admitan en su seno los pacientes que sufren de lues o neisser durante el período infeccioso de estas dolencias, y si, lo hagan cuando ya atacado el corazón, el hígado o el sistema nervioso, vienen a sus puertas como escombros de un fuego que pudo ser detenido a tiempo.

Esa prohibición arcaica es una de las reliquias atávicas que aun nos restan de los tiempos en que estas enfermedades, al igual que otras como la locura, la epilepsia, etc. eran consideradas como castigos impuestos por un Dios vengativo contra los infelices seres por El creados.

Ya es hora de que surja el Pinel de las enfermedades venéreas y coloque a sus víctimas en un plano de igualdad médico-social; ya es tiempo de rasgar ese denso velo con que se cubren estas dolencias; ha llegado el instante de ponerlos en pie de guerra; este es el momento para que tracemos un plan definido, enérgico y amplio para afrontar la situación angustiosa y lamentable en que, debido a su inercia, está sumida la So-

ciudad.

No nos proponemos recomendar ningún plan determinado, porque creemos que el informe rendido por el Comité Consultivo nombrado por el Servicio de Salud Pública de Estados Unidos muy bien puede tomarse de base para la organización de cualquier campaña. Ese plan puede variar, ese plan puede tener sus alternativas, pero ese plan debe tener su minimum de requisitos si ha de ser efectivo y en ellos tienen que estar incluidos tres puntos esenciales, a saber:

1—Profilaxis individual por la educación moral y sexual de jóvenes; por precauciones higiénicas *ante y post coitum*.

2—Profilaxis social por medio de la institución de un número suficiente de dispensarios y de facilidades hospitalarias para atender debidamente estos casos y brindarnos los medios de prevenirlas.

3—Profilaxis sanitaria por una vigilancia inteligente, experta, extensa y exenta en lo posible de todo espíritu policíaco, de la prostitución.

Yo no se de nadie que haya expresado con mayor claridad y precisión que Parran en qué debe consistir la plataforma de acción antivenérica; oigamos lo que al efecto nos aconseja: "En primer término cada caso incipiente debe ser localizado, denunciado, su origen descubierto y todos sus contactos investigados para determinar otras posibles infecciones. Segundo, hay que conseguir dinero, drogas, y médicos suficientes con que poder atender todos los casos; no es juicioso ni se sirven los mejores intereses de la salud pública reduciendo o limitando las facilidades para el tratamiento so pretexto del costo, ya que el tratamiento es el arma más potente en nuestras manos para la supresión de estas dolencias. Tercero, tanto las agen-

cias de salud pública como los médicos particulares en todo el país deben ser re-alineados para formar un frente unido, y re-educados en los métodos científicos modernos en la guerra común contra estas enfermedades. Además todos los ciudadanos deben ser instruídos sobre los medios y los métodos necesarios para la protección individual y del público en general.

Dice con razón Williams que: "entre los métodos racionales de control, la educación del pueblo debe ocupar el primer puesto, y que nuestro éxito en detener el progreso de estas enfermedades probablemente será en proporción directa al grado en que podamos dispersar las nubes de la ignorancia, la equivocación y el falso sentido que ahora las envuelven, y de que consigamos hacer realizar a la comunidad la gravedad de los hechos y la necesidad de afrontarlos tomando las medidas que la situación demanda".

A nuestro entender se hace necesario que junto a esa educación tengamos los medios prácticos de atender a los que están enfermos. Esto requiere dispensarios y camas en hospitales, que a la vez de ser centros de investigación puedan convertirse en fanales de luz que disipen las tinieblas de la ignorancia y el obscurantismo.

Para sostener esos servicios es necesario, e imprescindible que nuestra legislatura asigne una cantidad suficiente, no menos de \$50,000 anuales, por ahora, para atenderlos adecuadamente, y que en los nuevos Hospitales de Distritos se habiliten camas suficientes para recluir los casos que así lo exijan, y que haya especialistas que los atiendan debidamente.

Desde este negro abismo en que estamos sumergidos se vislumbra la clari-

dad de un rayo de luz precursor del despuntar de un nuevo día, y ojalá que pronto veamos cristalizado en realidad los albores de esa aurora que empezamos a percibir. Nos referimos a las manifestaciones públicas que hace muy pocos días, dió a la prensa diaria nuestro dinámico Comisionado de Sanidad en las que informaba su propósito de pedir a nuestra legislatura que asigne una cantidad no menor de \$25,000, para con dicha suma y el dinero que pueda conseguirse del Servicio de Salud Pública de Estados Unidos, emprender una campaña contra esta terrible plaga.

Todos sabemos de lo que es capaz el Dr. Garrido Morales cuando él se propone realizar una obra y el deber de todos nosotros, como médicos y como ciudadanos conscientes y responsables, es ayudarlo sin reservas ni limitaciones a la consumación de ese plan. Si así actuamos pronto veremos que cada dolar invertido nos dará muchas veces su valor en resultados beneficiosos.

Oigamos las palabras de admonición del gran higienista Rosenau cuando hablando de estas enfermedades, con razón, nos dice:

“As a danger to the public health, as a peril to the family, and as a menace to the vitality, health and physical progress of the race, the venereal diseases are justly regarded as the *greatest of modern plagues*, and their prophylaxis the most pressing problem of preventive

medicine that confronts us at the present day”.

No importa si entre los que nos han estado escuchando algunos creen que nuestra voz es como la de Juan El Visionario predicando junto a las márgenes del Jordán, frente a las murallas de Jericó, o en las planicies desiertas de Galilea, porque como todo el que tiene el convencimiento de la verdad y de las bondades del credo que sus labios pronuncian, sabemos que nuestra voz hará eco y que ha de venir un Mesías que, aún quizás también a costa de un propia sangre, rescate a nuestro pueblo de una de las más terribles plagas: la de las enfermedades venéreas y especialmente la sífilis.

Estas enfermedades son conquistables, ellas deben ser dominadas, nosotros todos unidos podemos vencerlas, lo que se necesita en primer término es la conjunción de todas nuestras voluntades para realizar la tarea. El dominarlas es un deber no sólo de humanidad y debe ser el objetivo de nuestro espíritu de conservación, sino que también encierra una obligación para con nuestros hijos y los hijos de nuestros hijos.

Esa tarea no es exclusiva de ningún grupo, esa es una responsabilidad que descansa sobre los hombros de todos los médicos, pero nosotros los médicos jóvenes debemos recordar que “cuando la juventud tiene visión, los sueños de los viejos se convierten en realidad”.

PREOPERATIVE AND POSTOPERATIVE MANAGEMENT IN THORACOPLASTY

JACOB SMITH, M. D.

Chief Thoracic Surgeon Insular Tuberculosis Sanatorium

Río Piedras, P. R.

The object of this paper is to present a routine plan of pre and postoperative management in thoracoplasty with some consideration of the more important postoperative complications and their treatment. It is readily agreed, that there is no single set group of rules which must be followed in the management of a case following a particular operation, and that individualization of the pre and postoperative care is as important as individualization of the operation itself. Nevertheless, the fact that a particular operative procedure may, and in thoracoplasty does, considerably affect not only the anatomy but the physiology of the lung, makes it very important that certain factors be observed which may aid not only in the efficacy of the operation, but will provide some degree of prophylaxis in the prevention of postoperative complications. Furthermore, in the management of a large group of cases, a simple uniform plan of procedure is highly desirable, not only to insure the maximum of efficiency, but to enable one to check directly any source of infection, technical fault, or, value of a particular procedure.

PREOPERATIVE MANAGEMENT

Preoperative Observation Period- In the small institution, where the patients have been under the observation of

practically the entire staff, no special observation period is necessary before the patient goes to surgery. In the large institution, however, where patients have been under the management of the medical staff for varying periods of time, or when patients have been transferred from an outlying center for surgery, a short observation period is highly desirable. It not only gives the patient a chance to get acclimated to his new environment, but it may also give some important information as to the patient's immediate physical status. Of importance here is the notation of the amount and character of the expectoration, any deficiency in the cardio-vascular tone, and any signs of recent exacerbation of the patient's disease.

The notation of the amount and character of the expectoration is of the greatest importance for several reasons. As a preventative to the spill of secretions to the contralateral lung, bronchial obstruction, and stasis pneumonia, we believe that those patients who expectorate more than four ounces of sputum in twenty-four hours should have an intratracheal catheter inserted at the time of operation in order to allow for the thorough aspiration of secretions immediately before, during, and after operation. This is especially so when extrafascial apicolysis is added to the

usual thoracoplasty, because not only is the operative time prolonged, but the manipulation of the lung during its "de-collation" is very prone to squeeze secretions out, and allow them to be aspirated into other parts of the lung field. Furthermore, careful comparison of the pre and postoperative sputum in amount and character is valuable in evaluating the nature and degree of collapse obtained. Ordinarily, the amount of expectoration is decreased for one or two days immediately following thoracoplasty, gradually increasing to about its former amount in the next two to three days, and then gradually decreasing again until the amount is considerably below the original level. Sudden cessation or marked decrease in the amount of expectoration with increasing pulse rate, temperature and dyspnea, with or without cyanosis, points to bronchial obstruction and atelectasis. Conversely, gradual or marked increase of sputum a short time after operation may indicate aggravation or spread of the disease.

The night before, and one or two hours before operation, the patient is urged to expectorate fully in order to empty the lungs of as much secretion as possible.

If the patient has been previously confined to strict bed rest, increased activity, by allowing the patient to be up and about the ward for several hours during the day, is desirable in order to tone up the cardiopulmonary musculature.

A complete blood examination including sedimentation rate is always repeated preoperatively. An abnormally high red blood cell count and hemoglobin, particularly if the patient has been on increased activity, indicates chronic

anoxemia. A total lymphocyte count below two thousand may indicate a greater degree of disease activity, and comparison of the pre and postoperative sedimentation rates is of value in evaluating the degree of activity and the progress of the case. We have found as have others (1, 2, 3, 4) that the sedimentation rate is roughly proportional to the extent of pulmonary involvement and the degree of activity, and that patients, who, before operation, show a progressive increase in the sedimentation rate, the leucocytic index, and a neutrophilic shift to the left may not respond well to operation.

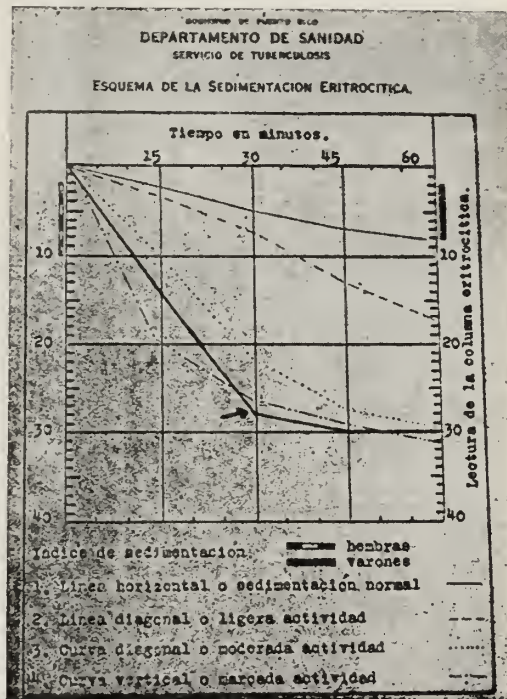


Fig. 1—Graph illustrating a very rapid preoperative sedimentation rate indicative of a very active disease process. Following the first stage of the thoracoplasty, there was an aggravation of symptoms and a spread to the other side.

Existing Pneumothorax—In many instances, ineffectual pneumothorax has

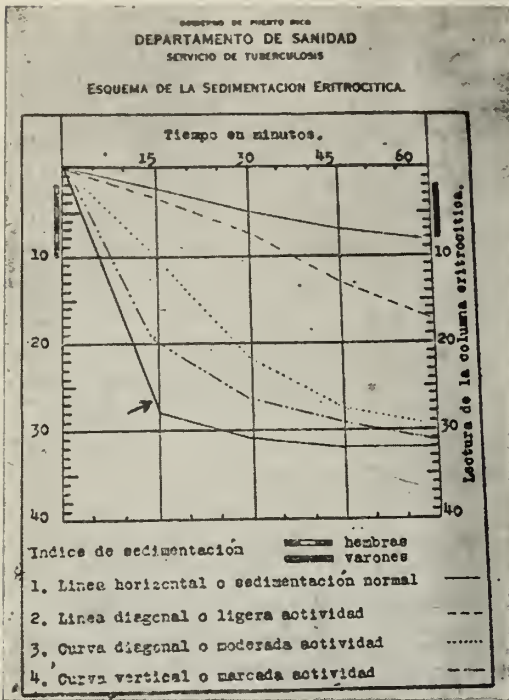


Fig. 2—Approximately one month later with sedimentation rate even more rapid, and the patient's condition generally is worse.

been kept up for many months prior to surgery, and the problem arises whether or not the lung should be allowed to reexpand completely before going on to thoracoplasty.

We believe that reexpansion of the lung is fraught with considerable danger, and that thoracoplasty should not be delayed. It may take a considerable length of time for the lung to reexpand, particularly if there has been some atelectasis, and a spill to the other side has been known to occur in several instances during this interval. Certainly, no attempt should be made to reexpand the lung forcibly by aspiration of air and the creation of a high negative pressure within the chest. Spontaneous pneumothorax by rupture of interstitial

emphysematous blebs, actual cavity rupture into the pleural space, or secondary pleural contamination by reflux lymphatic drainage may and has occurred. If the lung is under positive pressure, gradual deflation over several days should be carried out until a moderate negative pressure is obtained, and if the healthy parenchyma tends to come out readily operation may be delayed to allow a lower lobe to reexpand almost completely before doing an upper stage thoracoplasty. Bettman ⁽⁵⁾ suggests the removal of air at the time of operation.

In many instances with upper lobe disease, the apex is diffusely stuck to the pleural dome, and under such circumstances an upper stage thoracoplasty of the first three ribs may be done with very little danger of entering into the pleural space. After the first stage has been performed, there is considerably less danger of spill, particularly with upper lobe disease, and the lung may then be allowed to reexpand more safely between stages.

In bilateral disease where there is a contralateral pneumothorax, every attempt should be made to obtain a selective collapse, and certainly thoracoplasty should not be attempted, unless we are reasonably sure that we can control the disease on the contralateral side. The amount of collapse that can be obtained on the contralateral side, even with thoracoplasty of six to eight ribs, may be considerable. During the operative stages, however, it is better not to push pneumothorax on the contralateral side, but to obtain a marginal pneumothorax or a small selective collapse until the patient has become adjusted to the abrupt decreases in vital capacity which occur immediately and for a short

time following operation. After all stages have been completed, pneumothorax may be gradually pushed on the contralateral side until the desired degree of collapse is obtained.

In cases of bilateral pneumothorax with ineffectual pneumothorax on one side to be completed by thoracoplasty, the lung on this side may be allowed to reexpand almost completely, or both lower lobes should be fully reexpanded before going on to thoracoplasty.

In those cases with contralateral pneumothorax, no refill should be given for at least three days before operation so that the patient is completely adjusted to the intrathoracic pressures then existing before operation.

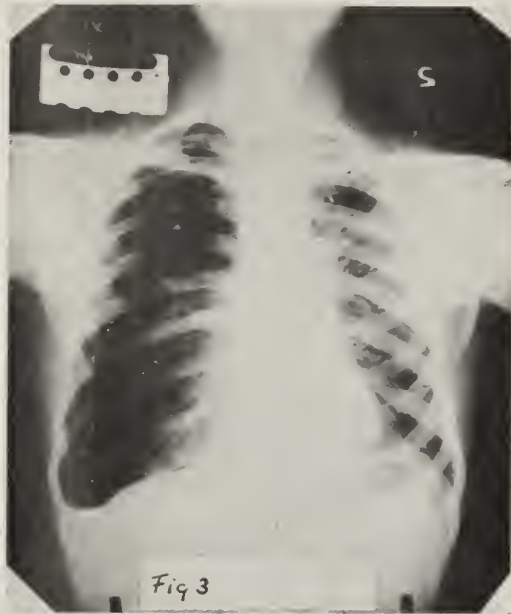


Fig. 3—End stage of a caseous pneumonic pulmonary tuberculous lesion with a large cavity in the left apex and a pneumothorax on the right.

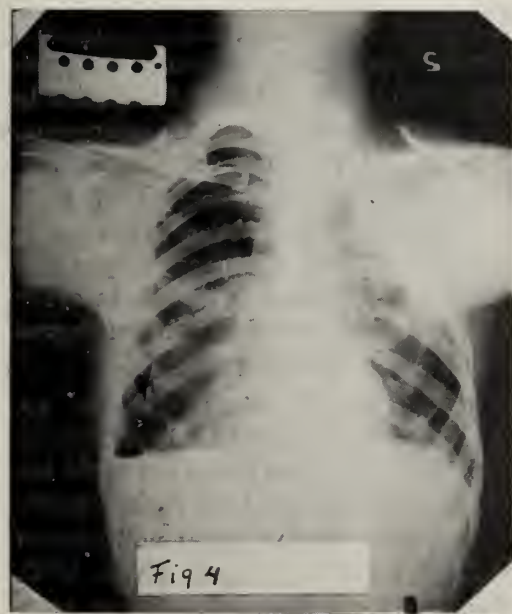


Fig. 4—After a two stage thoracoplasty on the left, with the maintenance of the pneumothorax on the right.

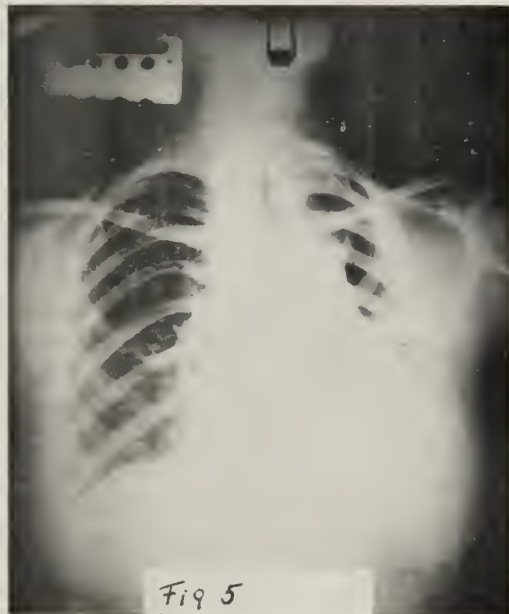


Fig. 5—Preoperative plate illustrating a partially atelectatic lung on the left with an unsatisfactory pneumothorax and a tuberculous empyema.

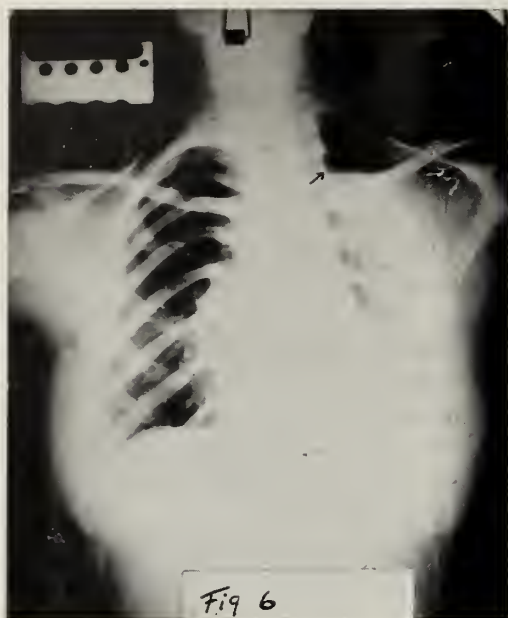


Fig. 6—After a first stage thoracoplasty and extrafascial apicolysis performed in the presence of a residual pneumothorax. The empyema fluid was completely aspirated preoperatively. The arrow indicates the extrapleural "decollated" pocket resulting from the apicolysis.

Existing Effusion or Pure Tuberculous Empyema- The amount and character of the fluid which may accompany an existing pneumothorax must be carefully noted. If it is very small in amount and the intrapleural pressures are negative, nothing need be done. If the amount is large, it should be removed with the replacement of little or no air in order to reduce the intrathoracic pressures, and allow for a more even operative collapse. If the lung is atelectatic, and does not readily reexpand, and particularly if the mediastinum is not fixed, the fluid must be replaced with air in order to prevent too high a negative pressure or a marked mediastinal shift.

In these cases, extreme care must be employed during operation not to open into the pleural space, particularly in

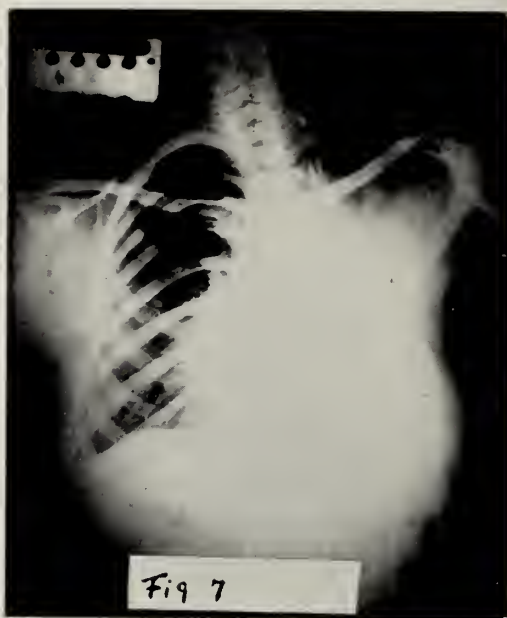


Fig. 7—After a two stage thoracoplasty and reexpansion of the lower lobe on the left. The empyema space has been obliterated and the parenchymal disease controlled. The patient has been negative on all sputum examinations since the second stage.

the presence of a tuberculous empyema, in order to prevent infection of the operative wound, or add a mixed infection to the existing tuberculous empyema, which is a very serious complication.

Between stages, aspiration of fluid should be carried out as often as is necessary to keep the chest empty and maintain a negative pressure, in order to insure an even and maximum degree of collapse by thoracoplasty.

Preoperative Sedation- Luminal gr. i i, sodium amytal gr. i i i, bromides, or nembutal gr. 1½ are given the night before, in order to avoid a sleepless night.

The preanesthetic drugs will depend on the type of anesthesia given. With gas oxygen, we have been giving morphine sulphate gr. 1/6 and atropine sulphate gr. 1/150 a half-hour before going

to surgery. With Cyclopropane, which we are using exclusively now, we give nembutal gr. $1\frac{1}{2}$ an hour before going to surgery.

Skin Preparation- The night before, the operative field is shaved, thoroughly washed with soap and water, ether and alcohol, and a sterile binder is applied.

General Preparation- An enema is given the night before operation, unless the patient's bowel habits are very regular, in which case no enema is given until the morning of the operation. The patient is urged to take fluids the day before, and breakfast is omitted on the morning of the operation.

IMMEDIATE PREOPERATIVE PREPARATION

Intratracheal Catheterization- As mentioned above, if the patient raises more than four ounces of sputum in twenty-four hours, intratracheal catheterization is instituted. We use here the Coryllos metal intratracheal catheter (Pilling Co.) which is inserted under direct laryngoscopy, after previously anesthetizing the pharynx. When this is in place, the patient is thoroughly aspirated before general anesthesia is started.

Position and Preparation of the Operative Field- The patient is placed in lateral decubitus, and immobilized by two supports which are so placed as not to exert any pressure on the chest. The legs are strapped, and both arms are pulled forward, and held by an attendant.

The operative area is washed again with gasoline, ether and alcohol, and then painted with a solution of tincture

of mercuric chloride, the formula of which is as follows:

Ethyl alcohol (95%) -----	600 cc
Acetone (USP) -----	200 cc
Mercuric chloride -----	1 gm
Hydrochloric acid (conc.) ----	10 cc
Chrysoidin Y -----	2 gms
Water up to -----	1000 cc

We have found this solution to be non irritating and economical.

Anesthesia- The question of anesthesia in thoracic surgery has always been of the greatest importance, and especially so in the surgery of pulmonary tuberculosis. The decreased absorptive ability of the lungs resulting from the pulmonary disease, the limitation of the respiratory excursion with the patient lying on his well side, and the frequent use in cases of bilateral disease with contralateral collapse whose vital capacity is reduced considerably to begin with, makes it very desirable to employ an anesthesia using an excess of oxygen. Furthermore the maintenance of an anesthesia that will allow for a shallow, even respiration facilitates greatly the work upon the lung.

We have found that cyclopropane meets these needs the best, and we are employing it exclusively for our major thoracic work with entirely satisfactory results.

There has been a sufficiently large number of cases in which this gas has been used to prove its safety and value (^{6, 7, 8}).

Used in a closed system, the actual cost per anesthesia is not much greater than that of any of the other gas anesthetics.

POSTOPERATIVE MANAGEMENT

Dressing and Care of the Wound.—An occlusive alcohol dressing made up of gauze sponges, pads, and broad adhesive strips is put on after skin closure, and the wound is dressed daily for the first five days. We are rather insistent on this point, and we believe it has contributed greatly to the freedom from infection and sinus formation in our wards. The incidence of wound infection in 290 consecutive thoracoplasties of all stages in which the wound has been closed tight in every instance has been 2%.

The incision in thoracoplasty is a large one, and postoperatively, the patient lies on his back a good proportion of his time, with resultant pressure on the wound edges, collection of moisture, and maceration leading to separation of the skin edges and introduction of infection from without. A clean daily dressing not only keeps the wound dry

but adds considerably to the comfort of the patient.

The daily dressings include superficial cleansing of the wound with reape-



Fig. 9, 10—The healed operative wound following a two stage thoracoplasty with complete freedom of arm motion. Figures 3 and 4 are the pre and postoperative x-ray plates of this patient.



Fig. 8—This illustrates the type of dressing applied after operation.



plication of a broad gauze dressing. If clips are used, they may be removed on the fifth to the seventh day.

Occasionally following thoracoplasty with apicolysis, a large amount of serous fluid develops in the "decollated" pocket, with bulging in the anterior or anterolateral chest wall, and occasionally actual seepage through into the dressing of a large amount of fluid. Despite the fact that bulging may be marked, no attempt should be made to aspirate the fluid, because it acts as a good compressive agent to the decollated lung and rarely produces enough pressure to embarrass mediastinal circulation or breathing. Furthermore, probing of the wound at the site of the seepage is unwarranted. In general, skin cleanliness, frequent dressings, and a rigid aseptic technique has brought the incidence of infection on our wards to a minimum.

If infection does occur, early adequate drainage is indicated as in any other wound.

Postoperative Fluids — Ordinarily, there is only a transitory drop in blood pressure following operation. In some instances, however, the blood pressure may remain persistently low for 12 to 24 hours, and occasionally, the patient exhibits symptoms of profound shock with cold and clammy skin, severe vomiting, and abdominal distention. This may come on shortly after operation or be delayed for one to two days. In many of these cases, the loss of blood has not been excessive, the wound is in good condition, and the lungs are apparently clear, making it difficult to arrive at an explanation.

Coryllos⁽⁹⁾ has shown that in many of these cases there is an appreciable drop in blood chlorides, and an increase in blood urea. When the chloride and

urea levels returned to normal in 5-12 days, the postoperative course was smooth. On the other hand, when there was no tendency for their return to normal, or was prolonged, symptoms of shock developed. In all these cases administration of 5% sodium chloride intravenously caused rapid improvement.

As a prophylactic measure, all patients in our service receive 200-500 c. c. of 5% sodium chloride intravenously as soon as they are returned to their rooms postoperatively. If the patient has bled more than usually, or has lost a considerable amount of fluid by perspiration, it is wise to supplement this with 500-1000 c.c. of physiological saline or 5% glucose.

Oxygen and Carbon dioxide— As soon as the patient is returned to his bed, he is given a mixture of 90% oxygen and 10% carbon dioxide by intranasal catheter, and this is kept up for varying periods of time as is necessary. The rate of gas flow is between 5-8 liters per min. If the patient is more dyspneic than usual, or there is a moderately large amount of paradoxical respiration, the patient is placed in an oxygen tent, where the concentration of oxygen and carbon dioxide is obviously higher. If there is an unusually large amount of paradoxical respiration, and the patient is markedly dyspneic, the use of a Drinker respirator, if such is available, may be helpful, making sure of course that there is no intratracheal obstruction or tension pneumothorax if pneumothorax was present before operation.

Aspiration, Expectoration and Cough— Immediately at the conclusion of the operation, thorough aspiration of the pharynx, and if the patient has been intubated, of the trachea is done. When the patient has fully reacted, he is urg-

ed to raise as much sputum as possible in order to prevent retention of secretions. For the first 24 hours, it is highly desirable that a nurse or attendant be present to hold and support the patient's chest on the operated side during cough in order to facilitate expectoration.

Sedation- Pain must be alleviated and the patient made as comfortable as possible. Yet, only that much sedation must be employed which will not seriously interfere with the cough reflex.

A routine which we follow is as follows:

1. Pantopon gr. 1/6-1/3 every 4 hrs. p. r. n. for two days.

2. Codeine sulphate gr. 1/2: Aspirin gr. 10: - p.r.n. for three days following expiration of the pantopon order.

3. Dobells gargle or menthol in oil spray for cases receiving intratracheal catheterization.

4. Stokes expectorant drams II t.i.d. and bed time or Elixir Terpene Hydrate drams 1: Ammonium chloride gr. 5: - t.i.d. and bed time for 1 week postoperatively.

Arm Motion- Gentle passive and active motion of the arm is instituted on the third day. On the sixth day a wooden frame with pulley and weight arrangement is attached to the bed, and the patient instructed and encouraged to exercise his arm several times during the day. The result has been that we have completely eliminated stiffness and limitation of motion at the shoulder joint.

Remaining Pneumothorax or Effusion- If the lung had not completely re-expanded prior to thoracoplasty and if fluid tends to reform, deflation of air and aspiration of fluid should be carried out at weekly or biweekly intervals be-

tween stages in order to reexpand good lung, and reduce pneumothorax space for more effective operative collapse in subsequent stages. The deflation or aspiration is of small amounts 200-500 cc. conducted under the strictest aseptic precautions, the intrathoracic pressures never being allowed to go beyond - 20 cm. of water.

In bilateral cases with pneumothorax on the opposite side, refills of small amounts must be given at 2-3 day intervals for the first 3-5 times in order to prevent loss of pneumothorax space following thoracoplasty. No more than 75-150 c.c. refills should be given at one time. This is very applicable to those cases which have only a marginal pneumothorax on the contralateral side or where the vital capacity is reduced considerably to begin with. Because of the reduction in vital capacity and the hyperventilation attended upon this, the absorption of air on the contralateral side takes place promptly. This also necessitates the induction of the refills with extreme caution, because even slight needle puncture of the lung parenchyma may lead to tension pneumothorax. This is by no means an infrequent happening, and we believe, that the giving of small frequent refills with extreme caution has done more to reduce this happening than any other procedure.

Diet and General Measures- Full liquids are given the first day postoperatively; a soft diet as tolerated the second day; and a solid diet on the third day. A high vitamin, high caloric diet attractively prepared is of importance.

An enema is given on the third day and mild catharsis is instituted as necessary.

The patient if afebrile is up and out of bed on the 12th day between stages.

POSTOPERATIVE COMPLICATIONS

Spontaneous Pneumothorax- The most important causes of spontaneous pneumothorax are caseation of a superficial tubercle with ulceration, rupture of superficial emphysematous blebs, tearing of pleural adhesions, and the traumatic puncture of the lung parenchyma during initial pneumothorax or subsequent insufflations.

Whatever the mechanism of its production, immediate recognition is of the greatest importance. The accident has been known to occur on the operating table, and for that reason, a deflation set must always be included in the instrument set up during operation.

If for any reason a patient with contralateral pneumothorax begins to have severe respiratory distress on the table or immediately postoperatively, spontaneous pneumothorax must be ruled out at once by inserting a needle into the pneumothorax side and taking pressure readings. If spontaneous pneumothorax has occurred deflation must be instituted at once with removal of air until a slightly positive or low negative pressure remains. Occasionally if the injury to the lung is very small, a few aspirations of air at intervals suffices. In most instances however, signs of tension pneumothorax recur rapidly, and under such circumstances, it is necessary to institute continuous deflation. This may be easily accomplished by fixing a blunt needle in the chest, and attaching it by means of sterile rubber tubing to a glass tube inserted through a two hole stopper into a bottle so that the end of the glass tubing is about $\frac{1}{4}$ of an inch under water. This gives a

simple water valve mechanism, easily set up, and completely effective.

If after several hours no further bubbling occurs through the water valve, the rubber tubing may be clamped off and intrapleural pressure readings taken. When the pressure does not tend to increase, continuous deflation may be suspended.

If it is desirable to maintain a partial pneumothorax on this side, refills of small amounts are given daily or every other day with the greatest caution until a satisfactory pneumothorax has been reestablished, otherwise the lung in reexpanding completely is very prone to become adherent to the chest wall, and pneumothorax subsequently becomes impossible.

The immediate prognosis in spontaneous pneumothorax, if deflation is readily carried out, is good. The subsequent course is dependent upon the size of the opening in the lung. However, in most cases where the opening closes readily, empyema does not develop even after 2-3 days of continuous deflation.

Paradoxical Respiration- During operation as the ribs are removed, there is frequently seen a reversal of the respiratory movement in the operative area, the chest retracting during inspiration and expanding during expiration. The amount of this paradoxical respiration may vary considerably, it is not entirely proportional to the extent of the ribs removed, and is not the same in all patients, nor in the same patient in successive stages. Furthermore, postoperatively, instead of decreasing in amount when the chest wound is closed, it may continue and become progressively more aggravated, and if the mediastinum is mobile, there may be mediastinal flutter with considerable movement to the

healthy side during inspiration and displacement to the operated side during expiration. The sum result of this situation is that there is a decrease in pulmonary ventilation, and this may be sufficiently great to produce very serious results.

The paradoxical respiration occurring in the operative field as soon as the ribs are removed is due to the loss of the bony support of the chest wall, because during inspiration as the intrapleural pressure becomes more negative it draws the unsupported chest wall inwards. This amount of paradoxical respiration is not serious, particularly in multiple stage thoracoplasties, where only three to four ribs are removed at one time, and it tends to disappear rapidly as the chest wall becomes firmer.

On the other hand, when it tends to increase in amount as the chest wall becomes more solid, when it appears after several days and is accompanied by increasing temperature and dyspnea, when the diaphragm on the operated side becomes elevated during inspiration and lowered during expiration as a result of the markedly increased negative pressure on the operated side during inspiration, it is due to bronchial or bronchiolar obstruction and atelectasis.

Under such circumstances, every effort should be made against the retention of exudate. In the majority of instances, it is better to pass at once an intratracheal catheter, and attempt to aspirate any retained secretions, and if this is not effective bronchoscopy and direct aspiration should be resorted to.

Bronchial Obstruction-Following operative collapse of the lung, there is diminished respiratory movement on the

operative side and suppression of cough. This may lead to retention of bronchial exudate, plugging of a bronchiol or bronchus, and result in lobular or lobar atelectasis.

The time of onset is variable, usually occurring within the first 24-36 hrs. and accompanied by dyspnea, with or without cyanosis, increase in temperature, rapid shallow respiration, and a fall in blood pressure. Physical examination reveals dullness on percussion, immobilization of the chest on the involved side, absence of breath sounds and frequently marked paradoxical respiration. It is to be noted that absence of cyanosis is of no importance, because with the shallow breathing there is the rapid removal of CO₂ from the blood.

Early recognition is of great importance particularly in cases having bilateral collapse, because the condition can become extremely serious in a very short time.

Preventive measures include turning the patient from side to side postoperatively, moderate sedation only so as not to obliterate the cough reflex, the administration of O₂ - CO₂ mixture by nasal catheter for several hours postoperatively, and the intratracheal catheterization at operation of all patients who expectorate more than four ounces of sputum in 24 hours, so that thorough aspiration may be carried out before, during, and immediately after operation.

If bronchial obstruction and atelectasis have taken place, early intratracheal catheterization by means of a soft rubber catheter and aspiration should be carried out.

An intratracheal catheterization tray containing a laryngoscope, cocaine so-

lution, applicators, Coryllos metal intratracheal catheter and soft and semi hard rubber catheters is always kept in readiness for such an emergency and members of the personnel are trained to carry out intratracheal catheterization when necessary.

Postoperative Spreads and Postoperative Pneumonia. Postoperative spread of the disease may be brought about in several ways. The bronchogenic distribution in most instances suggests the contamination and infection of new areas by retained infectious secretions. Massive patches of bronchopneumonic infiltration are most likely the result of bronchial obstruction and secondary infection. A good proportion of postoperative spreads however are not bronchogenic, but are seen as a lighting up of preexisting lesions which are probably the result of increased pulmonary activity causing an activation of quiescent tuberculous foci. The increase in pulmonary activity may be due to a decrease in vital capacity, the increased concentration of carbon dioxide and decreased concentration of oxygen in that part of the blood which has passed through unventilated portions as Churchill⁽¹⁰⁾ has shown or as a result of the changes in circulation, fatigue of the patient, and lessened general resistance as Archibald⁽¹¹⁾ points out. Another very important factor may be the lighting up of certain foci as a result of autotuberculinization resulting from the release of a large amount of tuberculous antigen following collapse of the diseased portion of the lung as pointed out by Tuttle⁽¹²⁾ et al.

Prophylactically then, careful attention to the amount of the patient's ex-

pectoration preoperatively, with employment of intratracheal catheterization during operation when necessary, and mild sedation postoperatively in order not to diminish the cough reflex are important in preventing the retention of secretions and bronchial obstruction. Serial blood studies of the leucocytic index and sedimentation rate preoperatively will aid considerably in selecting the time for operation at a period when the defense mechanisms tending to control and limit the particular patient's disease are at their best. Furthermore as Tuttle⁽¹²⁾ points out, a correlation of the tuberculin skin test as an index of sensitiveness to tuberculin with the stage of the disease, may offer a valuable guide in the extensiveness of the contemplated thoracoplasty.

When spread has occurred, there is not a great deal which can be done. Careful attention should be paid to the maintenance of free expectoration. If the patient is very toxic and dyspneic, oxygen inhalations by intranasal catheter, or the oxygen tent will make the patient a great deal more comfortable, and may help in overcoming the acute infection.

It should be emphasized again that although small lesions on the contralateral side may be improved after thoracoplasty, it is much better to make sure by instituting a marginal diagnostic pneumothorax on the suspicious contralateral side preoperatively. In this way we have many times been able to bring into greater visible prominence small cavities not otherwise discernible. Furthermore, if an extension or flare up occurs in these small areas we have present already some means of active control.

BIBLIOGRAPHY

1. Muller, G. L.—American Review of Tuberculosis, 1937, 1:83.
 2. Robbins, A. B.—Ibid, 1937, 6:763.
 3. Medlar, E. M.—Ibid, 1935, :621, 628, 642.
 4. Reinhardt, A. and Smith, J.—To be published.
 5. Bettman, R. B. and Biesenthal, M.—American Review of Tuberculosis, 1931, 24:95
 6. Eversole, U. H., Sise, L. F. Woodbridge, P. D.—Surg. Gyn. and Obs. 1937, 64:156.
 7. Eversole, U. H. and Overholt, R. H.—Journal of Thoracic Surgery, 1936, 5:510.
 8. Rovenstine, E. H.—Anes. and Anal. 1935, 14:270.
 9. Coryllos, P. N.—The Quart. Bull. of Sea View Hospital, 1936, 1:337
 10. Churchill, E. D.—Arch. Surg. 1929, 18:553.
 11. Archibald, E. W.—New Eng. Jour. of Med. 1928, 199:1025.
 12. Tuttle, W. M., O'Brien, E. J., Graham, E. A.—Journal of Thoracic Surgery, 1937, 6:554.
-

Boletín de la Asociación Médica de Puerto Rico

Avenida Manuel Fernández Juncos, Parada 19
Santurce, P. R.

Año XXX	Noviembre, 1938	No. 11
---------	-----------------	--------

Editor y Administrador:

Dr. E. Martínez Rivera

Editores Asociados:

Dr. Leopoldo Figueroa

Dr. Pedro S. Malaret

Dr. David E. García

Dr. J. Noya Benítez

Dr. L. Gaetán Roberts

NOTICIAS MEDICO-SOCIALES

DR. J. A. LOPEZ ANTONGIORGI

Lista ya para entrar en prensa esta edición de nuestro Boletín, llega a nuestro conocimiento la triste nueva de la muerte del querido amigo y compañero, Dr. J. A. López Antongiorgi.

No disponiendo del tiempo necesario para hacer en este número una reseña digna del querido colega fenecido, nos limitamos en esta ocasión a dar la noticia de su prematuro fallecimiento, y a extender nuestro más sentido pésame a todos sus familiares.

En la próxima edición de nuestro Boletín daremos publicación a una reseña completa sobre el estimado amigo, cuya temprana desaparición deplora, no sólo la clase médica del país, sino el pueblo puertorriqueño en general.

Dr. J. H. Font:

A principios del mes en curso regresó a nuestra isla, tras un corto viaje de placer por los Estados Unidos, y durante el cual asistió a distintos congresos médicos celebrados en aquel país, nuestro estimado colega cuyo nombre sirve de epígrafe a estas líneas.

Reciba el querido amigo nuestro cordial saludo.

Dr. Ricardo F. Fernández:

En uno de los primeros días del mes en curso regresó a nuestro país el querido amigo y compañero, Dr. Ricardo F. Fernández.

Durante su estada en el continente, el Dr. Fernández visitó varios de los centros de oftalmología más reputados de aquel país, asistió a la Sesión Anual de la Academia de Oftalmología, así como al Congreso del Colegio Americano de Cirujanos, y compareció ante el "Tribunal Americano de Oftalmología" (American Board of Ophthalmology) aprobando los exámenes dados por dicho organismo, y llenando así el último requisito necesario para que su solicitud de ingreso a la Academia de Oftalmología pueda ser considerada.

Reciba el estimado compañero nuestro cordial saludo de bienvenida, así como nuestra más efusiva felicitación por el éxito logrado.

Dr. José C. Ferrer:

El lunes 14 del mes en curso regresó a nuestra isla, después de un corto viaje de placer por los Estados Unidos, nuestro querido amigo y presidente de la Asociación Médica, el Dr. José C. Ferrer.

Sean estas líneas portadoras de nuestro cordial saludo de bienvenida.

Dr. Oscar Costa Mandry:

También regresó el lunes 14 a nuestras playas, el querido amigo y compañero, Dr. Costa Mandry, vice-presidente de nuestra Asociación.

Durante su permanencia en los Estados Unidos, el Dr. Costa asistió a distintos actos de carácter científico celebrados en varios estados de aquel país.

Deseamos reiterar, por medio de estas líneas, nuestro cordial saludo de bienvenida al querido amigo.

Dr. Jacobo Simonet:

Recientemente embarcó rumbo a Europa, en viaje de placer, el querido amigo cuyo nombre encabeza estas líneas.

El Dr. Simonet, quien es presidente de la Sociedad Puertorriqueña de Tisiólogos, estará de regreso en nuestro país para la fecha de la asamblea de nuestra Asociación, y tomará parte en la sección del programa que auspicia la Sociedad por él presidida.

Deseamos al querido amigo un feliz viaje, y muy gratas impresiones durante su permanencia en el viejo continente.

Dr. Fernando de Juan:

Aquejado de pertinaz dolencia se ha visto obligado a guardar cama el querido amigo y compañero, Dr. Fernando de Juan.

Hacemos votos sinceros por un pronto y total restablecimiento del estimado colega.

Dr. Julio A. Santos:

También se ha visto obligado a guardar cama, nuestro estimado colega, de la ciudad de Arecibo, el Dr. Julio A. Santos.

Hacemos votos sinceros por que cuando estas líneas vean la luz ya el queri-

do amigo haya recobrado su preciada salud.

Reunión del Distrito de San Juan:

En la noche del día 22 del cursante mes se llevó a efecto en el edificio de nuestra asociación la reunión mensual de la Asociación Médica del Distrito de San Juan.

El programa de esta noche estuvo a cargo del Dr. José D. Jiménez, de la Clínica del Dr. Juliá, quien disertó brillantemente sobre el siguiente tema:

"Estado actual de la insulino-terapia y otras formas de tratamiento en las psicosis."

En la discusión de esta conferencia tomaron participación varios de los compañeros que asistieron al acto, teniendo todos frases encomiásticas para el amigo conferenciante.

Al finalizar el acto, el Presidente de la Asociación, Dr. E. Martínez Rivera, anunció a la concurrencia, que la próxima reunión del distrito se llevará a efecto en uno de los días de la primera quincena del próximo mes de diciembre.

Asamblea Anual:

En breves días estará en circulación el programa oficial de los actos que se llevarán a efecto durante la asamblea anual del año en curso, la que tendrá lugar durante los días 16, 17 y 18 del próximo mes de diciembre.

En otra parte de este número damos a la publicidad una relación avanzada de los distintos actos de carácter científico que se llevarán a efecto durante la asamblea.

Dr. Manuel Pavía Fernández:

El lunes 21 del cursante mes regresó a nuestra Isla el querido amigo y com-

pañero cuyo nombre sirve de epígrafe a estas líneas.

El Dr. Pavía Fernández permaneció en el Norte durante más de cuatro meses, durante los cuales tomó cursos avanzados en medicina interna en la Universidad de Harvard.

Sean estas líneas portadoras de nuestro cordial saludo de bienvenida para el

distinguido colega.

Dr. José Roberto Vivas:

Recientemente regresó a nuestra Isla, tras una prolongada ausencia de alrededor de diez meses, el querido amigo, Dr. José Roberto Vivas.

Reciba el amigo nuestro cordial saludo.

RELACION AVANZADA DE LOS TRABAJOS DE CARACTER CIENTIFICO QUE SE PRESENTARAN DURANTE LA ASAMBLEA DE NUESTRA ASOCIACION

Para beneficio de nuestros lectores, nos complacemos en publicar a continuación una relación avanzada de los trabajos de carácter científico que se presentarán durante la asamblea anual de nuestra Asociación, que tendrá lugar en esta capital durante los días 16, 17 y 18 del próximo mes de diciembre.

Lamentamos que debido a la premura del tiempo, nos veamos imposibilitados de publicar íntegro, el programa de las actividades a desarrollar durante los días antes mencionados.

CLINICAS

Hospital Presbiteriano

Clínica laringoscópica - Demostración de pacientes y exhibición de película, por el Dr. J. H. Font.

Hospitales de la Capital

Clínica quirúrgica por el cuerpo facultativo de los Hospitales de la Capital.

Hospital San José

1.—El síndrome del riñón movable, por el Dr. E. García Cabrera.

2.—Cardio-aortitis sifilítica - Estudio clínico-radiológico, por los doctores J. A. Sein y José Landrón.

3.—Sífilis y embarazo - Estudio clínico - Estadísticas y tratamiento, por el Dr. José B. Caso.

4.—Fractura asintomática de la región cervical de la columna vertebral.

Un caso de meningitis séptica - Tratamiento y curación, por el Dr. J. J. Alonso.

5.—Estadísticas de sífilis, por los doctores E. García Cabrera, Pablo Morales Otero y R. C. Ruíz Nazario.

Clínica Pereira Leal

Clínica quirúrgica por el cuerpo facultativo de la clínica.

PROGRAMA CIENTIFICO

La Tisiología como especialidad.

Por el Dr. Jacobo Simonet, del Centro Antituberculoso, San Juan, P. R.

Abrirá la discusión el Dr. Miguel Salla.

Presentación de casos de pneumotorax.

Por el Dr. Félix M. Reyes, del Sanatorio Antituberculoso, Río Piedras, P. R.

Abrirá la discusión el Dr. Guillermo Acosta.

"Extrapleural Pneumothorax".

Por el Dr. Jacob Smith, del Sanatorio Antituberculoso, Río Piedras, P. R.

Abrirá la discusión el Dr. L. Gaetán Roberts.

La sombra hiliar en el niño.

Por el Dr. J. Rodríguez Pastor, Jefe del Negociado de Tuberculosis, del Departamento de Sanidad, Santurce, P. R.

Abrirá la discusión el Dr. M. Guzmán Rodríguez.

"The Treatment of Tuberculous Empyema".

Por el Dr. L. Gaetán Roberts, del Sanatorio Antituberculoso, Río Piedras, P. R.

Abrirá la discusión el Dr. Jacob Smith.

La presión neutral; Cifras y expresiones aritméticas en la práctica de la colapsoterapia por el aire.

Por el Dr. Guillermo Salazar, Ponce, P. R.

Abrirá la discusión el Dr. David E. García.

"Resultado de la neumolisis intrapleural en 150 operados".

Por el Dr. Luis A. Passalacqua, de la Clínica del Dr. Pila, Ponce, P. R.

Abrirá la discusión el Dr. Miguel Pou.

"El aspecto fisiológico y patológico de la vesícula biliar desde el punto de vista del radiólogo".

Por el Dr. Pedro Ramos Casellas, de Chicago, Ill., (Por invitación).

"Progresos recientes en el tratamiento del cáncer de la laringe. (Proyección de una interesante película en colores)".

Por el Dr. J. H. Font, San Juan, P. R.

"Actinomicosis pulmonar con difusión piohémica secundaria".

Por el Dr. M. Puadas Díaz, del Departamento de Sanidad, Santurce, P. R.

Abrirá la discusión el Dr. Arturo L. Carrión.

"Peptic Ulcer in Puerto Rico".

Por los doctores F. G. Irwin, Alberto L. Mejías y José Landrón, del Hospital Presbiteriano, Santurce, P. R.

Abrirá la discusión el Dr. M. Díaz García.

"Concepto actual de la enfermedad de Addison".

Por el Dr. R. Arrillaga Torrens, de la Clínica Díaz García, Santurce, P. R.

Abrirá la discusión el Dr. Ramón M. Suárez.

"Multiple Cartilaginous Exostoses — Report of three cases".

Por el Dr. Fernando Asencio Camacho, Arecibo, P. R.

"Un caso de bradicardia permanente con parálisis de las aurículas".

Por el Dr. A. Fernós Isern, Santurce, P. R.

Abrirá la discusión el Dr. Juan A. Pons.

"El diagnóstico de la sífilis en el laboratorio".

Por el Dr. Oscar Costa Mandry, del Laboratorio Biológico del Departamento de Sanidad, Santurce, P. R.

"Manejo apropiado de la radioterapia del cáncer de la matriz en las pequeñas instituciones".

Por el Dr. Isaac González Martínez, San Juan, P. R.

"Hemorragia intra-abdominal por rotura del bazo".

Por los doctores Julio R. Rolenson y M. Rodríguez Ema, Santurce, P. R.

Abrirá la discusión el Dr. Basilio Dávila.

"La sulfanilamida en la oftalmía neonatorum".

Por el Dr. E. Martínez Rivera, Jefe de la Unidad de Salud Pública de San Juan, San Juan, P. R.

Abrirá la discusión el Dr. Luis J. Fernández.

"Tiroxina en el tratamiento de la obesidad".

Por el Dr. Manuel Rodríguez Ema, Santurce, P. R.

Abrirá la discusión el Dr. Elías C. Segarra.

PROGRAMME OF LECTURES, SEMINARS, CLINICS AND CLINICO-
PATHOLOGICAL CONFERENCES TO BE HELD AT THE
SCHOOL OF TROPICAL MEDICINE DURING

THE YEAR 1938 - 1939.

October, 1938.

Thurs. 27 LECTURE: The Reasons for Failures and the Reasons for Successful Achievements in the Eradication of Mosquito-born Diseases.

Mr. Joseph A. LePrince, U. S. Public Health Service.

November, 1938.

Thurs. 3 CLINICO-PATHOLOGICAL CONFERENCE: Dr. Enrique Koppisch.

Thurs. 10 SEMINAR: Yaws. Dr. George Saunders, Leonard Wood Memorial.

Thurs. 17 LECTURE: Multiple Cartilaginous Exostoses. Dr. Fernando Asencio, Arecibo.

December, 1938.

Thurs. 1 LECTURE: Artificial Fever Produced by Physical Means; its Development and Application to Gonorrheal Infections and Syphilis.

Dr. E. García Cabrera, San Juan.

Thurs. 8 SEMINAR: Refection of Rats.

Dr. D. H. Cook and Staff.

Thurs. 15 CLINICO-PATHOLOGICAL CONFERENCE: Dr. Enrique Koppisch.

Thurs. 22 Speaker and subject to be announced later.

Thurs. 29 LECTURE: Recent Advances in Cancer Research. Dr. S. Bayne-Jones, Yale School of Medicine.

January, 1939.

Thurs. 12 LECTURE: The Rising Significance of Fungi Infection in Man. Dr. A. L. Carrión.

Thurs. 19 SEMINAR: Aplasia and Hyperplasia of Bone-Marrow.

Dr. Ramón Suárez, San Juan.

Thurs. 26 CLINICO-PATHOLOGICAL CONFERENCE: Dr. Enrique Koppisch.

February, 1939.

Thurs. 2 LECTURE: Studies on Food Poisoning in Puerto Rico. Dr. O. Costa Mandry, San Juan.

February, 1939.

Thurs. 9 SEMINAR: Casuística Médico-forense. Dr. A. Martínez Alvarez, San Juan.

Thurs. 16 CLINIC: Surgical. Staff of San José Hospital, San Juan.

Thurs. 23 CLINICO-PATHOLOGICAL CONFERENCE: Dr. Enrique Koppisch.

March, 1939.

Thurs. 2 LECTURE: Sprue. Dr. Henry P. Colmore, San Juan.

Thurs. 9 SEMINAR: Acute Rheumatic Fever with Presentation of Cases.

Dr. Enrique Koppisch.

Thurs. 16 CLINIC: Subject to be announced later. Staff of Mimiya Clinic, San Juan.

Thurs. 23 LECTURE: New Methods in the Treatment of Fractures. Dr. B. Dávila, Río Piedras.

Thurs. 30 SEMINAR: Subject to be announced later, Dr. J. A. Pons.

April, 1939.

Thurs. 6 LECTURE: Filterable Virus Diseases in Plants. Dr. J. A. B. Nolla, San Juan.

Thurs. 13 SEMINAR: The Effect of Diet on Experimental Schistosome Infection of the Rat. Drs. J. H. Axtmayer, W. A. Hoffman and C. Krakower.

Thurs. 20 CLINIC: Surgical. Dr. J. Noya Benítez.

Thurs. 27 CLINICO-PATHOLOGICAL CONFERENCE: Dr. Manuel de la Pila and Staff of the Pila Clinic, Ponce.

May, 1939.

Thurs. 4 LECTURE: Cancer.

Dr. R. López Nussa, San Juan.

Thurs. 11 CLINIC: Subject to be announced later. Dr. T. D. Slage and Staff of St. Luke's Hospital, Ponce.

Thurs. 18 Speaker and subject to be announced later.

Thurs. 25 CLINICO-PATHOLOGICAL CONFERENCE: Dr. Enrique Koppisch.

Note: Additional lectures will be announced throughout the year.

LISTA DE COLEGIOS DE MEDICINA RECONOCIDOS POR EL TRIBUNAL EXAMINADOR DE MEDICOS DE PUERTO RICO.

Para conocimiento de nuestros lectores nos complacemos en publicar a continuación una lista de Universidades y Colegios de Medicina reconocidos por el Tribunal Examinador de Medicos de Puerto Rico:

ESTADOS UNIDOS Y CANADA

Alabama:

University of Alabama School of Medicine, Tuscaloosa.

California:

University of California, Medical School, Berkeley, San Francisco.

College of Medical Evangelists, Loma-Linda, Los Angeles.

University of Southern California School of Medicine, Los Angeles.

Stanford University School of Medicine, San Francisco.

Colorado:

University of Colorado School of Medicine, Denver.

Connecticut:

Yale University School of Medicine, New Haven.

District of Columbia:

Georgetown University School of Medicine, Washington.

George Washington University School of Medicine, Washington.

Howard University College of Medicine, Washington.

Georgia:

Emory University School of Medicine, Atlanta.

University of Georgia School of Medicine, Augusta.

Illinois:

Loyola University School of Medicine, Chicago.

Northwestern University Medical School, Chicago.

University of Chicago, Rush Medical College, Chicago.

University of Chicago, The School of Medicine of the Division of Biological Sciences, Chicago.

University of Illinois College of Medicine, Chicago.

Indiana:

Indiana University School of Medicine, Bloomington-Indianapolis.

Iowa:

State University of Iowa College of Medicine, Iowa City.

Kansas:

University of Kansas School of Medicine, Lawrence-Kansas City.

Kentucky:

University of Louisville School of Medicine, Louisville.

Lousiana:

Louisiana State University Medical Center, New Orleans.

Tulane University of Louisiana School of Medicine, New Orleans.

Maryland:

Johns Hopkins University School of Medicine, Baltimore.

University of Maryland School of Medicine and College of Physicians and Surgeons, Baltimore.

Massachussetts:

Boston University School of Medicine, Boston.

Harvard University Medical School, Boston.

Tufts College Medical School, Boston.

Michigan:

University of Michigan Medical School, Ann Arbor.

Wayne University College of Medicine, Detroit.

Minnesota:

University of Minnesota Medical School, Minneapolis.

Mississippi:

University of Mississippi School of Medicine, University.

Missouri:

University of Missouri School of Medicine, Columbia.

St. Louis University School of Medicine, St. Louis.

Washington University School of Medicine, St. Louis.

Nebraska:

Creighton University School of Medicine, Omaha.

University of Nebraska College of Medicine, Omaha.

New Hampshire:

Dartmouth Medical School, Hanover.

New York:

Albany Medical College, Albany.

Long Island College of Medicine, Brooklyn.

University of Buffalo School of Medicine, Buffalo.

Cornell University Medical College, New York-Ithaca.

Columbia University College of Physicians and Surgeons, N. Y.

New York Medical College & Flower Hospital, New York.

New York University College of Medicine, New York.

University of Rochester School of Medicine, Rochester.

Syracuse University College of Medicine, Syracuse.

North Carolina:

University of North Carolina School of Medicine, Chapel Hill.

Duke University School of Medicine, Durham.

Wake Forest College School of Medical Sciences, Wake Forest.

Ohio:

University of Cincinnati College of Medicine, Cincinnati.

Western Reserve University School of Medicine, Cleveland.

Ohio State University College of Medicine, Columbus.

Oklahoma:

University of Oklahoma School of Medicine, Oklahoma City.

Oregon:

University of Oregon Medical School, Portland.

Pennsylvania:

Hahnemann Medical College & Hospital of Philadelphia.

Jefferson Medical College of Philadelphia.

University of Pennsylvania School of Medicine, Philadelphia.

Woman's Medical College of Pennsylvania, Philadelphia.

University of Pittsburgh School of Medicine, Pittsburgh.

South Carolina:

Medical College of the State of South Carolina, Charleston.

Tennessee:

University of Tennessee College of Medicine, Memphis.

Vanderbilt University School of Medicine, Nashville.

Texas:

Baylor University College of Medicine, Dallas.

University of Texas School of Medicine, Galveston.

Utah:

University of Utah School of Medicine, Salt Lake City.

Vermont:

University of Vermont College of Medicine, Burlington.

Virginia:

University of Virginia Department of Medicine, Charlottesville.

Medical College of Virginia, Richmond.

West Virginia:

West Virginia University School of Medicine, Morgantown.

Wisconsin:

University of Wisconsin Medical

School, Madison.

Marquette University School of Medicine, Milwaukee.

Canadá:

University of Alberta Faculty of Medicine, Edmonton, Alta.

University of Manitoba Faculty of Medicine, Halifax, N. S.

Dalhousie University Faculty of Medicine, Halifax, N. S.

Queen's University Faculty of Medicine, Kingston, Ont.

University of Western Ontario Medical School, London, Ont.

University of Toronto Faculty of Medicine, Toronto, Ont.

McGill University Faculty of Medicine, Montreal, Que.

University of Montreal Faculty of Medicine, Montreal, Que.

Laval University Faculty of Medicine, Quebec, Que.

University of Saskatchewan School of Medical Sciences, Saskatoon, Sask.



LAS ANEMIAS SECUNDARIAS

*De los Infantes
y Niños*

Neobovinine 20 es un compuesto original de extracto de hígado, hierro soluble y hemoglobina extraída de carne fresca de vaca, preparado para el tratamiento de las anemias secundarias y los estados de debilitación. Por ser de gusto agradable y fácil de tomar, se adapta especialmente para los niños.

Neobovinine 20 ofrece las ventajas de la terapia del hígado más el efecto benéfico de una forma de hierro que se asimila fácilmente así como de otros elementos orgánicos (nutritivos). Aun cuando muchas legumbres contienen una proporción favorable de fósforo, hierro y otros minerales, al cocinarlas, su valor (81 por ciento según el procedimiento empleado¹) es depreciado o totalmente perdido. En Neobovinine 20, la hemoglobina de carne fresca se extrae al frío para que pueda retener las propiedades activas de las sales animales y minerales.

Fuller² describe el tratamiento satisfactorio de las anemias en los niños con el uso de hemoglobina, según la experiencia de su práctica. Los pacientes jóvenes requieren a veces la ayuda de un agente reconstituyente después de enfermedades contagiosas o infecciosas. El médico y el paciente verán, con entera satisfacción, que el hígado, el hierro y la hemoglobina de carne contenidos en Neobovinine 20, poseen la suficiente acción vigorizante para que esté bien indicada en estos casos.

Neobovinine 20 puede tomarse con leche, jugos de fruta o directamente con cucharra, según se desee. De venta en todas las farmacias en frascos de 170 gramos.

PROMEDIO DE MINERALES CONTENIDOS

Miligramos por 100 cc.

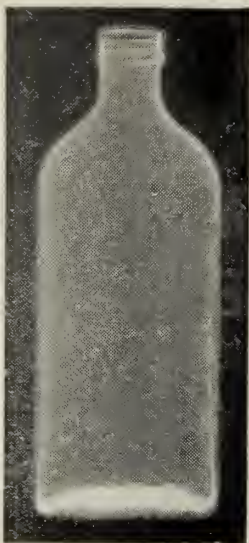
Hierro (Fe)	148.0
Fósforo (P)	121.0
Calcio (Ca)	8.8

1. Peterson and Hoppert—Jr. *Home Economics* Vol. 17, No. 265, 1925.

2. Fuller, A. W., M. D.—"Anemia, Its Causes and Treatment."

THE BOVININE COMPANY • CHICAGO, ILLINOIS. F. U. A.

MUESTRAS Y MATERIAL DESCRIPTIVO A SOLICITUD
Distribuidores: CASTAGNET & CASTILLO CO., Box 618 (1 Tanca St.) San Juan, P. R.



La radiografía revela la densidad uniforme del Agarol.

Se somete AGAROL a un examen físico

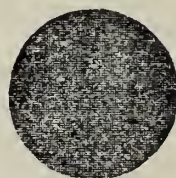
Sometido a los rayos X demuestra ser uniforme en densidad, o sea que la emulsión de aceite mineral y agar que es Agarol permanece inalterable, todos sus componentes perfectamente emulsionados en cada dosis.

Mirado Agarol al microscopio se aprecia igualmente la uniformidad de sus glóbulos grasos, prueba de su perfecta emulsificación. Significa también estabilidad, carencia de oleosidad, predisposición a ser fácilmente mezclado con agua, leche, jugo de frutas o cualquiera otro líquido.

El farmacéutico dice: "Sale del frasco con facilidad; es una buena emulsión." Y en verdad que Agarol es una buena emulsión de aceite mineral y agar, de indisputable eficacia en el tratamiento del estreñimiento habitual.

No se convenza. Pídanos la prueba. Un folleto explicativo y un frasco de Agarol le serán enviados a su petición, escribiéndonos en una hoja de su recetario.

● *Agarol no crea hábito, no tiene contra-indicaciones, es de buen sabor, lo pueden tomar sin peligro niños, ancianos y embarazadas.*

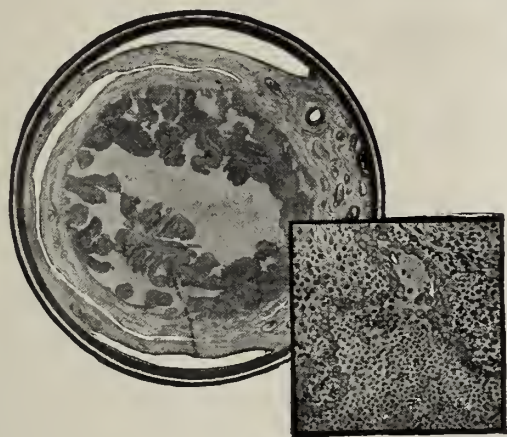


El microscopio muestra las finísimas partículas del aceite en el Agarol.



WILLIAM R. WARNER & CO. INC., 113 West 13th St., New York

POCAS REGIONES SON EL ASIENTO DE
TANTA PATOLOGIA COMO LA
PELVIS FEMENINA



Secciones
macroscópica
y microscópica
tomadas de un trompa
de Falopio en estado supurativo.

EN EL TRATAMIENTO DE LA

●
SALPINGITIS
OOFORITIS
METRITIS
CERVICITIS
VAGINITIS
METRORRAGIA
AMENORREA
DISMENORREA
CISTITIS
BARTOLINITIS
●

Los Efectos Sedantes y las Propiedades
Terapéuticas e Higroscópicas de la

Antiphlogistine

Sobre los Capilares son de
extraordinario valor

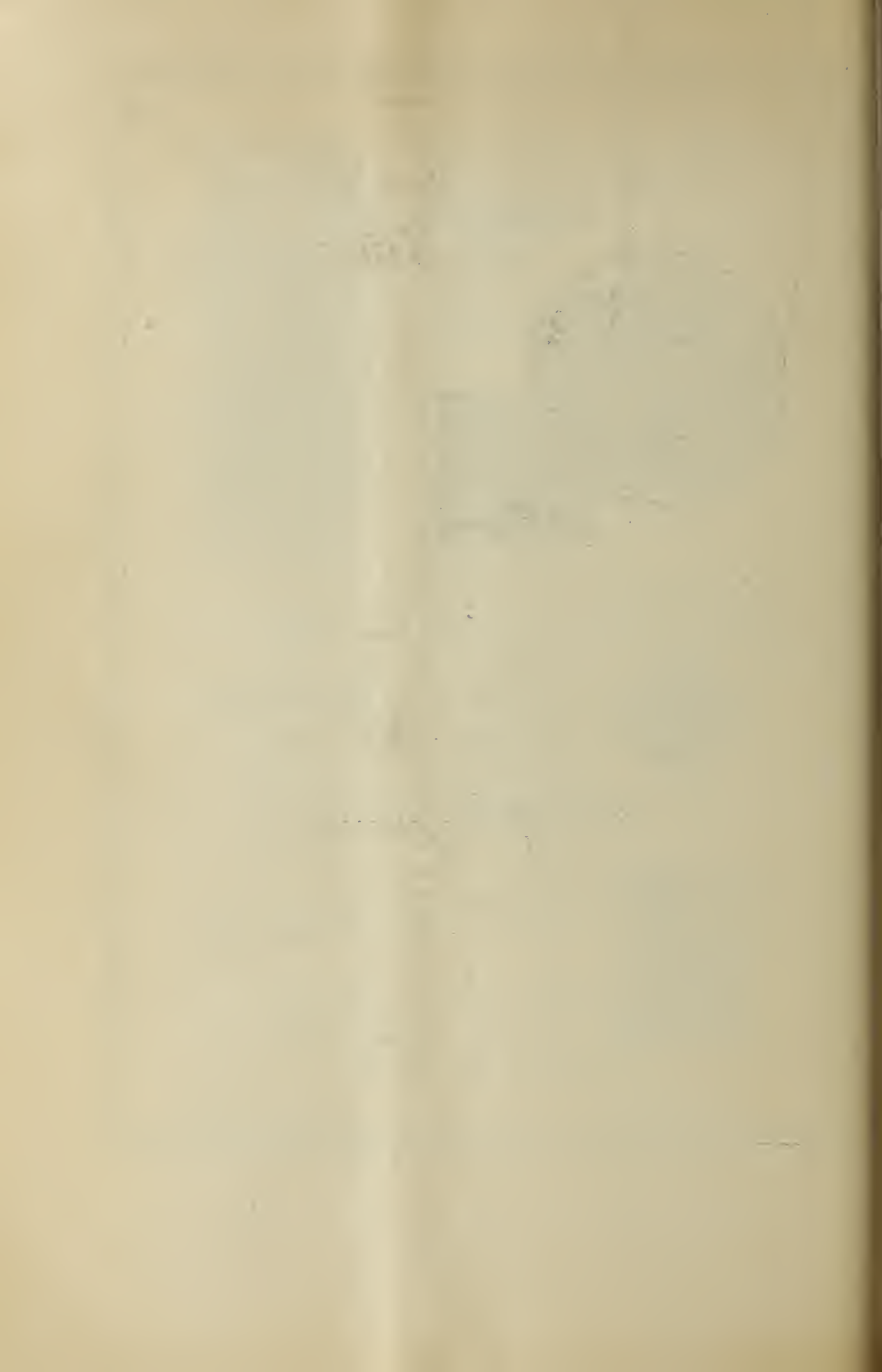
●
THE DENVER CHEMICAL MANUFACTURING CO.

163 Varick St., Nueva York, E. U. A.

LUIS GARRATON & HNO., S. EN C.

P. O. Box 1541

San Juan, P. R.



Cole's

POSTA - COLE *In Genito-Urinary*

AFFECTIONS

Posta-Cole has found wide usefulness in the treatment of certain genito-urinary conditions, particularly these associated with painful and frequent micturition. Each tablet contains extract Hyoscyamus, $\frac{1}{2}$ gr.; extract Triticum, $\frac{1}{2}$ gr.; extract Echinacea, $\frac{1}{2}$ gr.; chromium sulfate, $\frac{1}{2}$ gr.; and arbutin, $\frac{1}{4}$ gr. Posta-Cole exerts diuretic, soothing, and mild antiseptic action upon the urinary tract. Its contained Hyoscyamus is an effective urinary sedative and antispasmodic, overcoming vesicle and bladder neck spasm. As a result, the troublesome symptoms of urgency, frequency, and dysuria are mitigated or overcome entirely.

Posta-Cole is useful in the management of subacute and chronic gonorrhea, prostatitis, and cystitis; it is of value in nonspecific urethritis and prostatic hypertrophy as well.

COLE CHEMICAL CO. St. Louis Mo. EE. UU.

DISTRIBUTOR:

ENRIQUE VELEZ POSADA

12 O'Donnell St., Box 1017 - San Juan, Puerto Rico.

Insignias de Médico



Nos place informar a nuestros compañeros que ya tenemos nuevamente en existencia las insignias para automóviles con el nombre de nuestra asociación.

El precio de dichos emblemas es de \$2.50 cada uno, y los socios podrán adquirirlo dirigiéndose al suscribiente o en el edificio de la Asociación.

Dr. ANTONIO ORTIZ,
Tesorero.



LEXTRON

(CONCENTRADO HEPATICO
GASTRICO CON HIERRO Y
COMPLEJO DE VITAMINA B,
LILLY)

LEXTRÓN' es eficaz en muchos tipos de Anemia. No sólo causa remisión en la anemia perniciosa, sino que también es efectivo en las anemias causadas por pérdida de sangre, dieta deficiente o embarazo. Todos los factores requeridos para estimular la regeneración de los glóbulos rojos y de la hemoglobina

se proporcionan convenientemente en estos púlvules (cápsulas llenas).

Cada púlvule contiene:

Concentrado hepático gástrico . . .	0.455 Gmo.
Citratos de Hierro y de	
Amonio, verde	0.2 Gmo.
Vitamina B Adsorbida	0.016 Gmo.
Petrolato Líquido	0.1 Gmo.

(1 cápsula representa 15 unidades internacionales de Vitamina B₁ y 20 unidades Sherman de Vitamina B₂.)

Lilly

ELI LILLY AND COMPANY

INDIANAPOLIS, INDIANA, E.U.A.

AÑO XXX

DICIEMBRE, 1938.

NUM. 12

BOLETIN

DE LA

ASOCIACION MEDICA DE PUERTO RICO

ORGANO OFICIAL

PUBLICACION MENSUAL

Ave. Fernández Juncos, Parada 19

Santurce, Puerto Rico

Entered as second class matter, January 21, 1931 at the Post Office at San Juan, Porto Rico, under the act of August 24, 1912.

INDICE



HARVARD UNIVERSITY
SCHOOL OF MEDICINE AND PUBLIC HEALTH
LIBRARY
130 JAN 1939

PAGINA

Estado actual de la insulino-terapia y otras formas de tratamiento en las psicosis, José D. Jiménez, M. D., Santurce, P. R.	435
Multiple Myeloma,—Case Report, Ramón M. Suárez, M. D., R. Busó-Carrasquillo, M. D., and Juan Sabater, M. D., Santurce, P. R.....	443
Madura Foot in Puerto Rico-Case Report, R. Busó Carrasquillo, M. D., Santurce, P. R.....	452
EDITORIAL	
Dr. J. A. López Antongiorgi	457
Noticias Médico-Sociales	461
INDICE DEL AÑO 1938	465

SUSCRIPCION ANUAL TRES DOLARES

GLEFINA

PODEROSO RECONSTITUYENTE

FORMULA

Cada 100 c. c. de GLEFINA contiene:

Glefinol -----	0,125 grs.
Extracto de malta -----	16,000 "
Hipof. de manganeso -----	0,036 "
" " calcio -----	0,036 "
" " quinina -----	0,014 "
" " estriquina -----	0,004 "
" " potasio -----	0,052 "
Jarabe de cacao -----	30,000 "
Ext. fluido de naranjas amargas -----	1,000 "
V. c. s. para 100 cc. de producto.	

ANROMACHUS CORPORATION

LONG ISLAND CITY, NEW YORK

ENRIQUE VELEZ POSADA

Calle O'Donell Núm. 12, Box 1018, San Juan, P. R.

DRENOBIL



EFERVESCENTE

COLAGOGO DE ELECCION

ANTIANAFILACTICO ANTITOXICO LAXANTE

Contiene por cucharadita o dosis 0,50 gramos de Peptona de Witte y 3 gramos de Sulfato de Magnesia; asociados a la cantidad correspondiente de sales efervescentes y colagogos aromáticos.

De 1 a 4 cucharaditas al día.

PRODUCTO DE:

"ESPECIALIDADES FARMACEUTICAS OHR"

SAN JUAN, P. R.

Distribuidor en P. R.

ENRIQUE VELEZ POSADA

Calle O'Donell No. 12, Box 1018 - San Juan, Puerto Rico.

Un Nuevo Producto MEAD

OLAC

especial para

Prematuros y Recién Nacidos

El Olac ha sido preparado de conformidad con las más modernas investigaciones científicas acerca de lo que debe ser el nutrimento óptimo para las criaturas prematuras y recién nacidas. Este nuevo alimento contiene aceite de oliva como grasa, porque según ha demostrado Holt y otros investigadores de fama internacional, el lactante lo asimila mejor que la grasa de la leche de vaca. El Olac suministra un alto porcentaje de calorías en forma de proteína (aproximadamente el 20%) con el fin de llenar las necesidades mayores de nitrógeno de las criaturas prematuras. Interesa notar que el contenido de amino-ácidos del Olac es casi idéntico al de la leche de pecho reforzada con caseína, reconocida generalmente como el prototipo de alimentación en la premadurez.

El Olac es secado por el procedimiento de atomización y consiste de 40.6% leche desgrasada, 31.7% Dextro Malto, 17.5% aceite de oliva, 10.1% caseinato de calcio y 0.1% aceite de hígado de halibut (para vitamina A).



Prepárese rápidamente mezclándolo con agua caliente.

De venta en las farmacias y boticas en latas de 460 gms. a un precio sumamente módico.

Stoesser formula así las conclusiones de sus estudios con más de 200 lactantes:

"Por los resultados obtenidos es evidente que la nueva preparación es valiosa para promover satisfactoriamente el crecimiento y desarrollo en los niños prematuros. Comparándolo con otros tipos de alimentación para estos niños, como digamos, leche de pecho y leche evaporada, se encuentra que es igual o mejor que esta clase de alimento, especialmente durante el periodo del tercero al décimo día de vida" — y agrega además:— "La pérdida fisiológica de peso, queda reducida a lo mínimo, y el niño se desarrolla tan rápidamente que en poco tiempo pesa lo suficiente para dejarlo de considerar como prematuro".

Hemos recibido también muchas comunicaciones en el sentido de que el Olac da magníficos resultados en la alimentación general infantil.

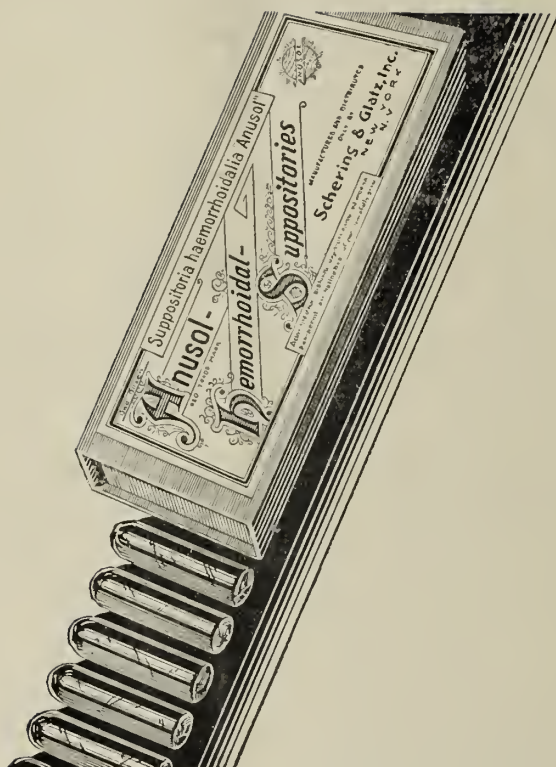
Enviaremos muestras y literatura de Olac a los médicos que las pidan.

MEAD JOHNSON & COMPANY

EVANSVILLE, IND., E. U. A.

Representante: ENRIQUE VELEZ POSADA

Apartado de Correo No. 1018 - San Juan, P. R.



LOS CUATRO PUNTOS CARDINALES en el tratamiento médico de las hemorroides son: que el supositorio rectal debe ser terapéuticamente eficaz; que su uso no encierre peligro bajo ninguna circunstancia; que esté exento de efectos concomitantes o sistemáticos; que sea fácil de aplicar. Anusol reúne estas cuatro condiciones. Acaso haya tenido usted ya ocasión de probarlo, pues son muchos los médicos que lo recetan. ¿Le enviamos unas muestras? Tenga la amabilidad de solicitarlas en una hoja de su recetario. Anusol es un producto que responde. ¡Palabra!

A N U S O L

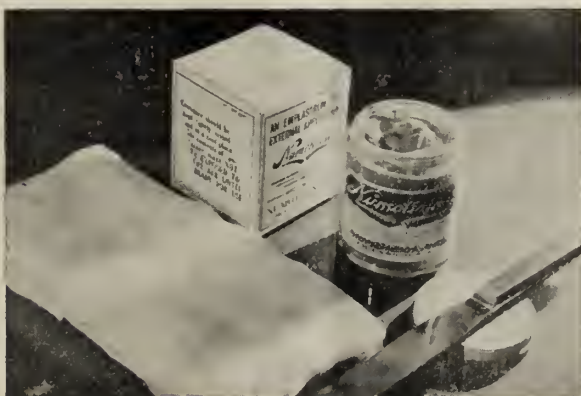
SCHERING & GLATZ, INC., 113 West 18th Street, New York

**Alivia el Dolor
Disipa la Congestión
Reduce la Fiebre**

Las propiedades descongestivas, anodinas y antifebriles de una cataplasma medicada se encuentran en

NUMOTIZINE

En condiciones tales como forunculosis, abscesos, inflamación glandular, torceduras, contusiones, afecciones del pecho, Numotizine aplicada sobre el área de la inflamación combina en sí el efecto descongestivo local de un emplastro y el efecto sistémico de la absorción lenta del guayacol y la creosota.



NUMOTIZINE, INC.
900 NORTH FRANKLIN STREET, CHICAGO, E. U. de A.

PICRATOL

de WYETH



Eficaz en el tratamiento de la VAGINITIS causada por TRICOMONAS VAGINALIS

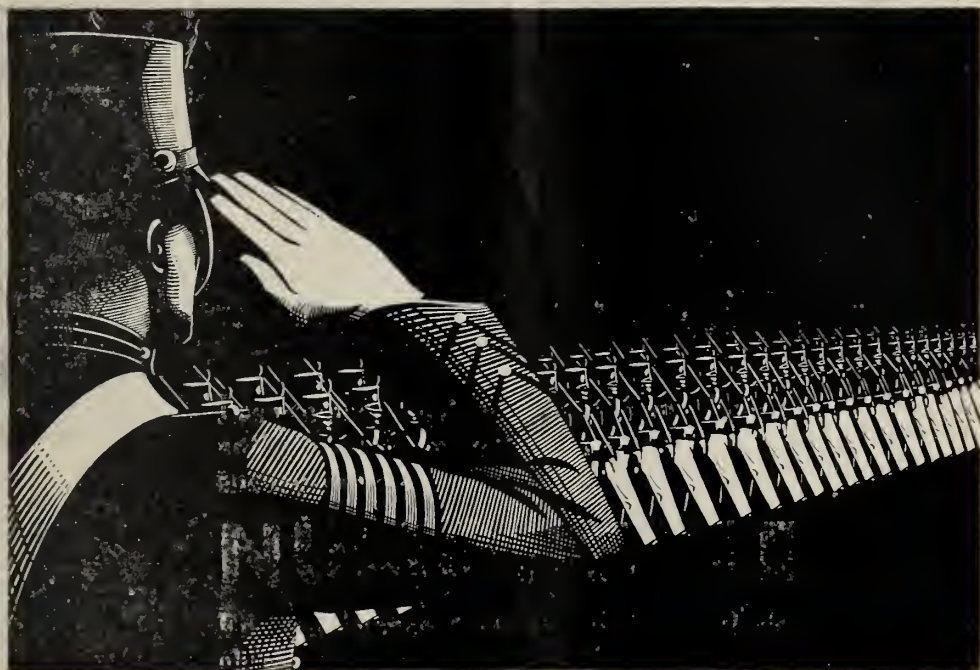
Picratol, Compuesto de Wyeth en Polvo, proporciona un tratamiento cómodo, práctico y económico de la vaginitis causada por tricomonas vaginalis. Es una mezcla suave, que no irrita, de Picratol de Wyeth al 1%, disperso en caolín, concentración que según lo ha demostrado la investigación clínica es, en general, eficaz contra este organismo.

Siguiendo un estudio del efecto, in vitro, del picrato de plata sobre los cultivos viables de los tricomonas vaginalis, y gracias al desarrollo de métodos de diagnóstico exactos por medio de una técnica mejorada de laboratorio, se probó que muchos centenares de pacientes tuvieron una remisión total de los síntomas clínicos y de laboratorio, después del tratamiento con Picratol de Wyeth, durante un período de sólo dos semanas. Ocurrieron muy pocas recidivas y algunas de ellas parecen haber sido reinfecciones.

Cuando se aplica el Picratol, Compuesto de Wyeth en Polvo, por medio de un insuflador adecuado y se suplementa con el uso de los Supositorios Vaginales de Picratol de Wyeth, se reduce el curso normal del tratamiento a un período de dos semanas, o sea, un período más corto del que se requiere generalmente para dominar la infección.

Impresos descriptivos a solicitud.

JOHN WYETH & BROTHER INCORPORATED
PHILADELPHIA, PA., E. U. A.

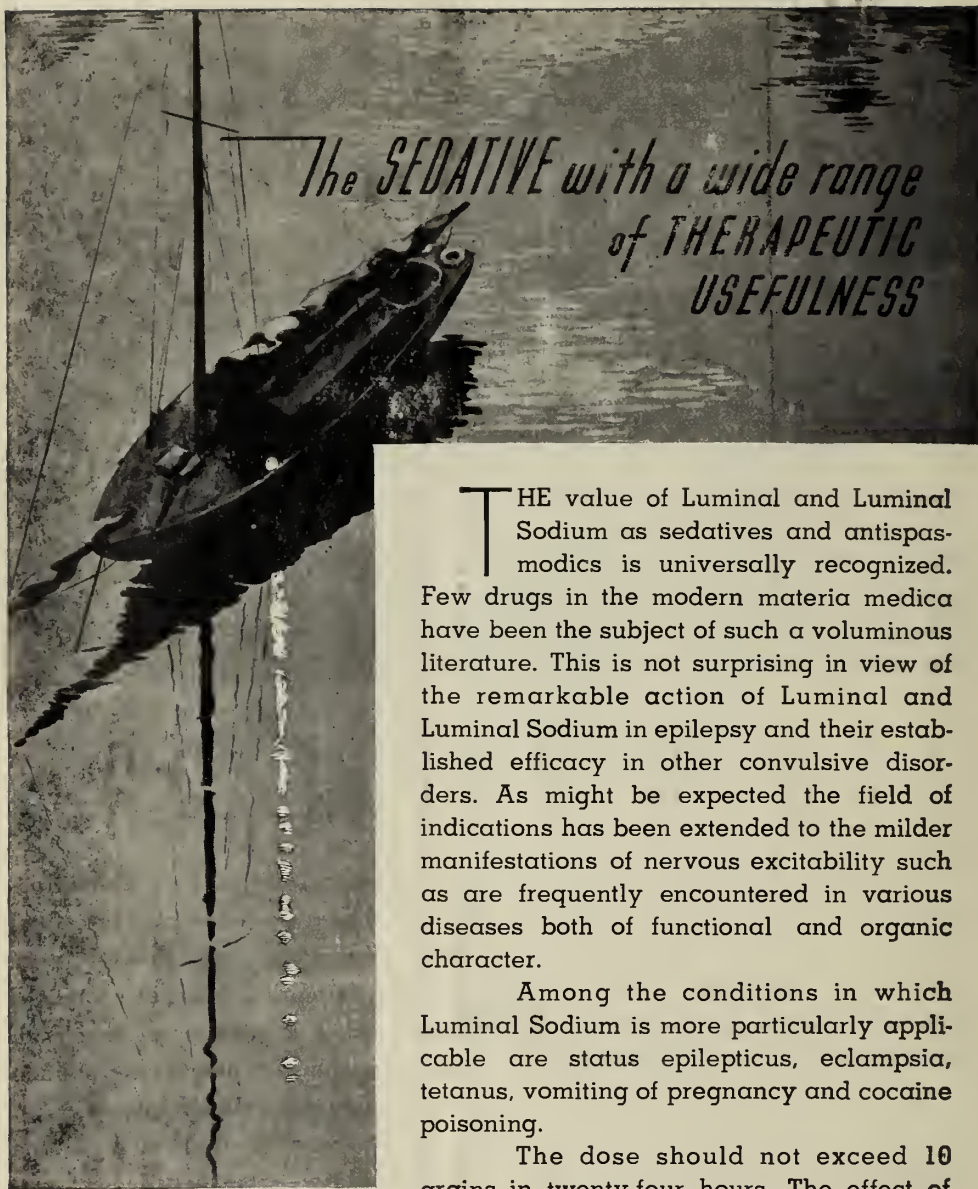


LA DISCIPLINA

“La disciplina es el desarrollo de las facultades con instrucción y ejercicio.” Cuando se descuida una función como la hora habitual de evacuación intestinal por falta de disciplina o inteligencia, se necesita una educación cuidadosa para que recupere su estado normal . . . Petrolagar ha demostrado ser un medio agradable y eficaz para ayudar al establecimiento de la disciplina intestinal. Como se mezcla con el contenido del intestino, Petrolagar aumenta el volumen de las deposiciones reduciéndolas a una masa blanda que sale fácilmente . . . Petrolagar se prepara en cinco tipos que proporcionan al médico una variación en el tratamiento según las necesidades individuales de cada paciente. Petrolagar Laboratories, Inc., 8134 McCormick Blvd., Chicago, Ill., E. U. A.

Petrolagar es una emulsión mecánica de petrolato líquido puro (65% por volumen) y de agar-agar. Aceptado por el Consejo de Farmacia y Química de la Asociación Médica Americana para el tratamiento del estreñimiento.

Petrolagar



HOW SUPPLIED: Luminal and Luminal Sodium, tablets of $\frac{1}{4}$ and $\frac{1}{2}$ grain, bottles of 100; tablets of $1\frac{1}{2}$ grains, bottles of 50. Also Elixir of Luminal ($\frac{1}{4}$ grain to teaspoonful), bottles of 4 oz. and 12 oz.; Luminal Sodium ampules (2 grains and 5 grains), boxes of 5, 25 and 100.

THE value of Luminal and Luminal Sodium as sedatives and antispasmodics is universally recognized. Few drugs in the modern materia medica have been the subject of such a voluminous literature. This is not surprising in view of the remarkable action of Luminal and Luminal Sodium in epilepsy and their established efficacy in other convulsive disorders. As might be expected the field of indications has been extended to the milder manifestations of nervous excitability such as are frequently encountered in various diseases both of functional and organic character.

Among the conditions in which Luminal Sodium is more particularly applicable are status epilepticus, eclampsia, tetanus, vomiting of pregnancy and cocaine poisoning.

The dose should not exceed 10 grains in twenty-four hours. The effect of such large doses should be closely watched.

LUMINAL

Trademark Reg. U. S. Pat. Off. & Canada

Brand of PHENOBARBITAL

WINTHROP CHEMICAL COMPANY, INC.

Pharmaceuticals of merit for the physician

NEW YORK, N. Y.

WINDSOR, ONT.

Factories: Rensselaer, N. Y.—Windsor, Ont.

594M



MUESTRAS Y MATERIAL DESCRIPTIVO A SOLICITUD.
PROPRIETARY AGENCIES, INC. - 21 Comercio St., San Juan, P. R.



BOLETIN DE LA ASOCIACION MEDICA

DE PUERTO RICO

PUBLICADO MENSUALMENTE BAJO LA DIRECCION DE LA JUNTA EDITORA

Año XXX

DICIEMBRE, 1938.

No. 12

ESTADO ACTUAL DE LA INSULINOTERAPIA Y OTRAS FORMAS DE TRATAMIENTO EN LAS PSICOSIS *

JOSE D. JIMENEZ, M. D. **

Santurce, P. R.

El trabajo que os voy a leer ha sido preparado bajo la dirección del Dr. M. Juliá y la valiosísima cooperación del Dr. Mario C. Fernández y el Staff Médico de la Clínica.

Como el tema de hoy sugiere, queremos darle a ustedes en primer lugar el tratamiento ortodoxo recomendado en las psicosis más corrientes y a la vez nuestras experiencias con dichas formas de tratamiento.

Vamos a considerar primeramente la insulinoterapia que es la adquisición más valiosa para la Psiquiatría durante la última década. Omitiré la historia de dicho tratamiento a fin de no cansar vuestra atención y simplemente esbozaré a la ligera el tratamiento recomendado por Sakel. Este consiste en administración progresiva de dosis de insulina empezando con 5 ó 10 unidades y aumentando 10 unidades diariamente hasta obtener un estado comatoso. La inyección se practicará de 6:30 a 7:00 de la mañana y se permitirá que el paciente permanezca en cama sin tomar desayuno durante 4 ó 5 horas. Durante las

primeras inyecciones los pacientes experimentan en fases progresivas, primero sudoración abundante, sensación de hambre, palpitaciones y finalmente se llega al estado de crisis convulsiva o se cae en un estado comatoso. Una vez pasadas las 4 horas se le dará a tomar 200 cc de solución glucosada, después de lo cual el paciente descansará un rato y una vez desaparecidos los síntomas de hipoglicemia tomará su almuerzo y después puede hacer la vida corriente. Hay una clase de enfermos que reaccionan distintamente, ésto es, que en lugar de la sudoración, la piel se mantiene fría, pero seca, tienen contracciones musculares, fases de excitación psicomotora y tendencia a las convulsiones. Los enfermos que reaccionan con sudoración se llaman húmedos y los que reaccionan sin sudoración y con tendencia a las crisis convulsivas se llaman tipos secos. Hay enfermos que toleran dosis extremadamente altas, ésto es, de 200 unidades sin manifestaciones de hipoglicemia, mientras que otros con dosis pequeñas manifiestan síntomas alarmantes de la hipoglicemia. Sakel recomienda que en los enfermos de tipo húmedos una vez obtenido el estado comatoso debe tratarse de disminuirse la dosis de

(*) Conferencia leída ante la Asociación Médica del Distrito de San Juan, la noche del 22 de noviembre de 1938.

(**) De la Clínica del Dr. Juliá, Hato Rey.

insulina hasta obtener la dosis mínima con la cual se obtiene rápidamente el estado de coma. El estado comatoso se prolongará durante una o dos horas. En los enfermos de tipo seco, la dosis debe disminuirse hasta obtener la dosis mínima con la cual se provoca el estado convulsivo. En esta clase de enfermos el tratamiento es algo peligroso y debe interrumpirse el estado convulsivo prontamente. Se recomienda dejar descansar un día a la semana y administrar un tratamiento no menor de 60 shocks comatosos o convulsivos según sea el caso. Se ha reportado en la literatura extranjera numerosos casos desgraciados de muerte con estos tratamientos y para evitar ésto, Sakel recomienda interrumpir el estado comatoso o la hipoglicemia tan pronto el pulso decaiga o sea más lento de 50 por minuto. Sakel recomienda el uso de la sonda esofágica para pasar una solución glucosada al estómago y en el curso de 15 minutos todos los síntomas molestos de la hipoglicemia desaparecen. Sólo como medida de emergencia extrema recomienda el uso de glucosa por vía intravenosa, así como el uso de tonicardíacos, adrenalina, etc. Nuestra experiencia con esta forma de tratamiento ha sido la siguiente: Nosotros empezamos a administrar al enfermo 10 unidades de insulina y nunca pasamos de 100 unidades. Si no se ha llegado a producir el estado comatoso empezamos a disminuir la dosis en 10 unidades diariamente y es nuestra experiencia que enfermos que anteriormente no tenían síntomas de hipoglicemia con dosis de 100 unidades, luego con dosis de 60 ó 40 unidades se producía el shock deseado. En los enfermos de tipo seco administramos la insulina en idéntica forma, pero evitamos en lo posible que se produzca el estado convulsivo, tipo epileptoide y, solamente lle-

gamos al estado de excitación con contracturas musculares, lo cual permitimos se prolongue durante un máximo de una hora. Cuando los enfermos de uno u otro tipo están en estado de shock hipoglicémico y no pueden ingerir la solución glucosada, entonces usamos la inyección intravenosa de 20 cc de glucosa al 50%. Preferimos de esta manera devolver al enfermo al estado de consciencia en el término de un minuto. El uso de la sonda esofágica para administrar la glucosa nos parece algo tardía en sus efectos y tratándose de enfermos privados no nos aventuramos a que puedan sobrevenir síntomas graves para el enfermo. Felizmente aunque en algunos casos nos han sobrevenido complicaciones alarmantes, no hemos tenido que lamentar casos fatales con esta forma de terapéutica. Esta forma de tratamiento ha sido empleada preferentemente en casos de demencia precoz reciente, en sus cuatro tipos (paranoide, catadónico, simple y hebefrénico). Es nuestra experiencia que en las formas paranoide, o catatónica recientes, el éxito es muy halagador y generalmente devolvemos al ambiente del hogar completamente restablecidos a estos enfermos después de dos meses de hospitalización. En la demencia precoz simple y hebefrenia, esta forma de terapéutica, al igual que cualquier otra forma de terapéutica, es mucho menos efectiva y sólo un 30% de los casos recientes mejoran satisfactoriamente con esta forma de terapia. Enfermos del tipo paranoide o catatónico de más de un año de duración, reaccionan de manera menos favorable y es nuestra experiencia que en pacientes con más de 5 años de enfermedad la mejoría obtenida ha sido muy poco duradera, podríamos más bien decir que la terapéutica ha sido completamente ineficaz. También hemos ensa-

yado la insulino-terapia en otras formas de psicosis, tal como en la psicosis maniaco depresiva. En la psicosis maniaco depresiva, tipo depresiva, hemos obtenido resultados halagadores en un 50% de los casos, pero en las formas maníacas, con gran excitación psicomotora, generalmente hemos tenido que suspender el tratamiento debido a shocks inesperados y hemos desistido por completo de administrar esta forma de terapia en este tipo de psicosis. En la melancolía involucional, que como ustedes saben es un cuadro de la menopausa en que predominan las reacciones afectivas, tipo depresivo, ideas de ruina, autoacusaciones, etc., el tratamiento ha sido poco satisfactorio. Nosotros hemos desistido de aventurarnos con esta forma de tratamiento en pacientes de más de 45 años, no importa la forma de psicosis que padezcan. Las contraindicaciones de la insulino-terapia son las siguientes: Primeramente no tratar personas obesas o personas en las cuales la inyección intravenosa sea difícil de practicar. Pacientes que tengan sífilis, lesiones cardíacas, tuberculosis, o alguna otra enfermedad febril, no deben ser sometidos a esta forma de tratamiento. La caquexia o desnutrición avanzada no contraindica esta forma de terapéutica si al enfermo primeramente se le tonifica su miocardio y además se le alimenta adecuadamente. Estas formas de caquexias mejoran rápidamente, aunque se trate de pacientes que han tenido su psicosis durante muchos años, ésto es, desde el punto de vista físico y adaptación pronta al ambiente del hospital. Es nuestra experiencia que en pacientes tuberculosos que aparentemente estaban arrestados, se le ha reactivado su condición pulmonar con esta clase de tratamiento. Enfermos con intermitencias cardíacas o lesiones cardíacas de

otra forma también han empeorado en sus lesiones orgánicas al administrarle la insulino-terapia. En algunas formas de histeria, hemos obtenido muy buenas reacciones con este tratamiento, pero en casos severos de hemiplegia histérica o crisis epileptiforme, tipo histericoso, no han respondido favorablemente. También hemos ensayado el shock insulínico en los estados neuróticos sin éxito aparente.

NARCOSIS PROLONGADA

Otra forma de tratamiento muy eficaz que actualmente está siendo estudiada en Norte América, es el de la narcosis prolongada. Esta forma de tratamiento se conoce desde hace muchos años y en distintos países ha sido ensayada valiéndose de diversas drogas, pero a pesar de esto todavía no se ha definido con exactitud la mejor forma de tratamiento quizás porque por encima del criterio médico, se han interpuesto los intereses de los fabricantes de hipnóticos para sugerir la conveniencia de sus productos, ya que, como es sabido de todos ustedes, todos son derivados barbitúricos y más o menos iguales en su eficacia. Hace cuatro años que nosotros a iniciativa propia y sin guiarnos por otros autores, estamos usando el amital sódico como droga favorita en el tratamiento por la narcosis prolongada. Enfermos maniacos con una incontinencia verborreica, gran excitación psicomotora, fuga de ideas, actitud expansiva, etc., son sometidos a esta forma de tratamiento lo más pronto posible después de su ingreso. Nosotros empezamos administrando 20 cgm. de amital sódico cada 3 horas desde las 6:00 de la mañana hasta las 9:00 de la noche. Durante la noche no se le da drogas a los

pacientes. La dosis se va administrando "in crescendo", ésto es, luego una cápsula cada $2\frac{1}{2}$ horas; al tercer día cada dos horas, cuarto día dos cápsulas cada tres horas; quinto día dos cápsulas cada dos horas y media; sexto día dos cápsulas cada dos horas. Esta es la dosis máxima que hemos llegado a administrar a pacientes para obtener una completa sedación. Durante el tratamiento le damos alimentación líquida cada vez que se le da la droga. Una vez que se ha obtenido la sedación completa se mantiene el tratamiento durante no menos de 10 días. Si es posible y si se ha obtenido una sedación completa, la medicación se va disminuyendo hasta que se obtenga la sedación deseada con la menor cantidad de droga. Nosotros tenemos conocimiento de otros autores que han usado hasta 15 gramos de amital sódico al día por vía oral. Nuestro máximo es de tres gramos. En casos en que llegamos al máximo por nosotros recomendado y no se obtiene la sedación, entonces continuamos esta misma dosis aunque el paciente continúe excitado e interrumpimos el tratamiento al final del décimo día de la dosis máxima. Casi todos los enfermos tienen una reacción febril que puede llegar a 38.9°C y décimas, mientras están sometidos a dosis altas de amital sódico. La fiebre desaparece tan pronto se suspende el tratamiento. Es nuestra experiencia que pacientes que se han mantenido excitados a pesar del tratamiento, al segundo o tercer día de interrumpida la narcosis, vuelven a un estado de casi completa normalidad. Igual pasa con los otros casos en que se obtiene la sedación deseada durante el tratamiento. En algunas ocasiones en que el enfermo, pasados unos días recae nuevamente en un período de excitación, nosotros volvemos nuevamente a repetirle este trata-

miento aunque por un período más corto.

El tratamiento de la narcosis prolongada ha sido usado con aparente éxito según hemos leído en la literatura americana, en el tratamiento de enfermos mentales que padecen de demencia precoz. Estos autores alegan que el tratamiento administrado en la forma similar a la anteriormente descrita, es altamente beneficiosa para dichos enfermos. Recientemente se ha usado para despertar a los pacientes catatónicos, que como ustedes saben son completamente apáticos, en completo mutismo y permanecen largas horas en actitud estatuesca. Se pensaría que en enfermos aparentemente deprimidos el amital sódico estaría contraindicado, sin embargo, dichos autores alegan que una narcosis prolongada rompe el ciclo de autismo y se logra establecer un rapport con el médico, hasta que finalmente el paciente vuelve a la normalidad. Nosotros no hemos tenido experiencias en este sentido, en dementes precoces, pero sí en estados depresivos de la psicosis maníaca depresiva que algunas veces simulan una catatonía.

ALCANFOR CARDIAZOL

Otros tratamientos usados actualmente y que nosotros hemos ensayado repetidas veces son las inyecciones de aceite alcanforado a dosis progresivas, y las inyecciones intravenosas de cardiazol (metrazol). Nyiro y Jablonszky hicieron la feliz observación de la incompatibilidad entre la epilepsia y la demencia precoz y que en enfermos en que coexistían estas enfermedades, los ataques iban desapareciendo a medida que progresaban los síntomas de demencia precoz. Meduna en Budapest concibió la idea de contrarrestar el avance de la

demencia precoz por medio de ataques epileptiformes.

Se alega por muchos autores que empezando con una dosis inicial de 8 cc dos veces al día de aceite alcanforado al 25% y aumentando de 4 a 6 cc diarios, se puede llegar hasta una dosis de 56 cc o sea 14 gr., dosis que no debe sobrepasarse. En el curso del tratamiento cuando se ha llegado a la dosis necesaria en que se produce la convulsión, la misma dosis se repite dos o tres días más tarde y así sucesivamente se continúa administrando las inyecciones durante dos o tres meses hasta tener el tratamiento deseado. Las convulsiones tienen lugar de 15 minutos a tres horas después de la inyección. Usando el metrazol o sea el cardiazol, se empieza con una dosis intravenosa de 5 cc de solución al 10%, la cual se administrará en días alternos y se aumenta 1 cc hasta que se obtiene la dosis convulsiva, después de lo cual esta misma dosis se administra de 20 a 30 veces. El máximo de dosis ha sido fijado en 16 cc. Cuando se usa la inyección de metrazol se obtiene una sola severa crisis convulsiva que tiene lugar casi instantáneamente. No se administrarán barbitúricos a menos que persista un ligero estado de intranquilidad psicomotora después de la crisis convulsiva. Esta forma de terapéutica se recomienda como muy eficaz en las formas estuporosas. Es necesario en esta forma de tratamiento establecer un umbral de mayor irritabilidad y sin peligro para el enfermo. Esto se obtiene administrando alcalinos, así como una gran cantidad de líquido, pues sabido es que la alcalinización es tetanizante y convulsivante por sí misma. Se recomienda darle de uno a dos gramos de bicarbonato de sodio tres veces al día y tomar un mínimo de dos litros de líquido en las 24 horas. Muchos investi-

gadores de la esquizofrenia son de opinión de que la enfermedad va acompañada por alteraciones del metabolismo y de cambios químicos patológicos. Los cambios orgánicos que van produciéndose lentamente tienden a un retardamiento o regresión del organismo hacia estados primitivos. Las crisis convulsivas producen una irritación y estimulación que contrarresta el bloqueo metabólico que se había establecido durante la psicosis. Los cambios químicos y metabólicos producidos por el status epiléptico facilita el funcionamiento de las vías normales de la ideación que hasta entonces habían estado bloqueadas. Meduna recomienda como contraindicaciones para el tratamiento las siguientes: Reacciones febriles, anemia severa o caquexia, anormalidad de los componentes urinarios, descompensación del sistema cardiovascular y traumatismos craneanos severos. Las estadísticas que citan estos autores son muy halagadoras, especialmente en los casos recientes y medianamente favorables en casos que tienen un promedio de dos a cinco años de duración.

Nosotros hemos usado el tratamiento de inyecciones de aceite alcanforado habiendo obtenido crisis convulsiva con 40 y 50 cc de aceite alcanforado. La convulsión ha sobrevenido de manera inesperada y ha sido de muy corta duración y los enfermos han caído subitamente al suelo sin que haya dado tiempo para prestársele ayuda y evitar puedan lesionarse. Comoquiera que el número de pacientes nuestros es limitado y en pacientes recientes hemos usado con muy buen éxito el shock insulínico, hemos tenido que ensayar esta forma de tratamiento en pacientes crónicos que cooperan muy mal. Estos generalmente rehusan tomar los alcalinos, así como

grandes cantidades de agua. Muy a pesar nuestro la repetición de las dosis convulsivantes administradas dos o tres días más tarde, no producían la convulsión como era de esperarse y muchas veces ni aún administrándole dosis mucho mayores. Las inyecciones de cardiazol por vía intravenosa han sido ensayadas y en realidad producen una convulsión, pero el precio de dicha droga en el mercado local es prohibitivo y la dosis mínima nos cuesta más de \$1.00, lo cual a dosis mayores hace excesivamente costoso esta forma de tratamiento. Como complicaciones molestas se citan la dislocación de la mandíbula, pues muchos pacientes, al iniciarse las convulsiones, bostezan tan fuertemente, que se desarticula la mandíbula. En otros hay contracturas tan fuertes que ha sobrevenido la fractura del húmero. La asfixia y cianosis intensa que se produce durante el estado convulsivo generalmente pasan sin novedad, aunque, en sí son muy impresionantes. En conclusión nuestra experiencia con el tratamiento de aceite alcanforado es la siguiente: Pacientes crónicos, éstos es, de más de tres años de enfermedad, mejoran rápidamente después de la convulsión, pero como no nos es posible obtener el estado convulsivo repetidamente, el tratamiento resulta poco práctico. Nuestros enfermos crónicos han rehusado tomar sustancias alcalinas, rehusan tomar excesos de líquido y sólo bajo medidas restrictivas se consigue mantenerlos en cama. Un enfermo que está caminando y expuesto a una crisis convulsiva, corre gran riesgo y se expone a recibir heridas al caer al suelo. Las inyecciones intravenosas de cardiazol, es cierto, que producen una convulsión inmediata, pero lo violento de las contracturas nos han hecho temer por la seguridad del en-

fermo, mucho más tratándose de pacientes privados. No dudamos que esta forma de terapéutica sea eficiente, pero sólo será práctica en pacientes que presenten buena cooperación y en éstos nosotros preferimos el shock insulínico.

LA LOBULOTOMIA O LEUCOTOMIA

La lobulotomía frontal empleada primeramente por Egas Moniz en Portugal ha sido recomendada como tratamiento quirúrgico ideal en ciertas formas de psicosis con gran ansiedad, así como también en las neurosis obsesivas. Las experiencias de varios cirujanos, entre ellos Fulton y otros, habían llamado la atención sobre los cambios afectivos observados en lesiones traumáticas del lóbulo frontal. La atenuación de los síntomas de ansiedad, después de traumatismos hizo pensar a Egas Moniz en la conveniencia de practicar la lobulotomía prefrontal en las neurosis obsesivas rebeldes a toda forma de tratamiento. Freeman en Washington, ha operado algunos casos de este tipo de enfermos y a los pocos días de operados, sin que se haya notado indicios de deterioro intelectual. Una paciente nuestra que fué operada por el Dr. Freeman; posteriormente recibió un tratamiento por psicoanálisis, está actualmente tomando un curso de matemáticas avanzadas en la Universidad de Columbia. Nosotros no hemos intentado esta forma de tratamiento, cuya técnica es sencilla y aparentemente de muy poco riesgo, pero creyendo que la operación en sí destruye zonas nobles que pueden causar daños irreparables, no nos hemos aventurado en esta forma de terapéutica quirúrgica de la psiconeurosis.

La técnica de la lobulotomía prefrontal recomendada por Moniz es la siguiente-

te: Se le da al paciente en su habitación media hora antes de la operación, de 80 a 85 mg. por kg. de peso de alcohol tribrometilico. Se hace una incisión en cada lóbulo frontal 3 cm. lateral a la línea media que pasa 3 cm. por delante de la oreja. Se hacen las dos incisiones laterales de 3 cm. de longitud y paralelas a la línea media. Se marcará en el periosteo el sitio de la incisión a fin de no perder el sitio de localización al hacer tracción sobre el cuero cabelludo. Se hace la perforación ósea y luego se hará la incisión en la dura, pia-aracnoide de la manera más cuidadosa a fin de evitar hemorragias molestas. Se introduce el leucotomo o cánula de lobulotomía en dirección antero-medial hasta una profundidad de 4 cm. de la superficie de la corteza. Se presiona el estilete para formar un arco en la porción distal del instrumento y luego rotando la cánula para formar un círculo completo que corta una esfera de masa encefálica de aproximadamente 1 cm. de diámetro. Se le quita la presión al estilete para que desaparezca el arco y luego se retira el estilete un poco hacia arriba y se hace otra esfera a una profundidad de 3 cm. Igualmente se hace otra esfera al nivel de 2

cms. Se saca por completo el estilete y se reintroduce en dirección anterolateral en el mismo lóbulo prefrontal donde se cortan tres esferas de masa encefálica a los niveles de $4\frac{1}{2}$, $3\frac{1}{2}$ o $2\frac{1}{2}$ cms. Una vez producidas estas seis esferas en cada uno de los lóbulos frontales se pueden visualizar las lesiones producidas, inyectando por cánula cerebral una solución de dióxido de torio la cual es opaca a los rayos-x.

Freeman recomienda no ser muy conservador en la extirpación pues los resultados no serían efectivos. No hay temor a hemorragias, pues esta masa cerebral no es vascularizada en su interior y los vasos meningeos han sido evitados al separar las meninges.

La teoría de este tratamiento es que cortando un gran número de filamentos nerviosos conductores de reacciones afectivas, se destruye de esta manera la excitación de estados angustiosos. No puede negarse que el paciente siempre pierde algo de su destreza, iniciativa y algo de su personalidad, pero no debe perderse de vista que este es un tratamiento de emergencia para cuando todas las otras formas de terapia han fracasado.

BIBLIOGRAFIA

- Treatment of Psychoses with Pentamethylenetetrazol By H. H. Goldstein, Domebrowski, Edlin, Bay, McCorry, Weinberg. Page 1348 Am. J. Psychiat.- May 1938.
- Blood Chemical changes occurring in the treatment of Psychogenic Mental-Disorders by Metrazol Convulsions. By S. Maurer et al page 1356 Am. J. Psychiat. May 1938.
- Insulin Therapy in Acute Alcoholic psychoses: Study of nine successive cases of alcoholic psychoses treated with insulin. G. W. Robinson Jr. J. Kansas M. Soc. 38:463 (Nov.) 1937.
- Sakel, M. Neue Behandlungsmethode der Schizophrenie. Wien, Perles, 1935.
- Whitehead, D.: Psychiat. Quart 11:382, July 1937.
- The Diagnosis and treatment of Hyperinsulinism-Seale Harns (Am. Int. Med. 10:154, Oct. 1936)
- Manfred Sakel-Pharmacological shock treatment of Schizophrenia, nervous and mental disease monographs.
- Narcolepsy and its treatment with benzedrine sulfate. H. Ulrich, New England J. Med. 217:696 (Oct. 28) 1937.
- Indications for insulin treatment of schizophrenia. R. Lemke, Arch. f. Psychiat. 107: 223 (Nov.) 1937.
- Conclusive therapy in schizophrenia. H. Hunter Gillies, Lancet 2:131 (July 17) 1937.
- Prefrontal Lobotomy in the treatment of mental disorders-Walter Freeman, James W. Watts, The Southern Med. J. pages 23-31

- Jan. 1937.
Induced epileptiform attacks as a treatment of schizophrenia. L. A. Finieffs, *Lancet* 2: 131 (July 17) 1937.
- Wilson, I. G. H. A study of hypoglycemic shock treatment in schizophrenia. His Majesty's Stationery Office, London, 1936.
- The mechanism of convulsions in insulin hypoglycemia: David L. Drobkin, J. S. Ravdin (*Am. J. Physiol.*, 118:174, Jan. 1937).
- Lewis, N. D. C. and Blanchard, E.: *Am. J. Psychiat.*, 11:481, Nov. 1931.
- Biopsy studies of cerebral pathologic changes in schizophrenia and manic-depressive psychosis, Arthur R. Elvidge, M. D., George E. Reed, M. D., page 228, *Archives of Neurology and Psychiat.* Aug. 1938.
- Treatment of Mental diseases by Insulin. G. Bychowski, M. Kacyski, C. Konopka and K. Szezytt, *Encéphale* 1.233, 1937.
- El Cardiazol en el tratamiento de la esquizofrenia-Baltazar Caravedo-Revista Mexicana de Psiquiatría, *Neurol y Med. Legal*, Julio 1938.
- The Pharmacological "Shock" Treatment of Chronic Schizophrenia. By I. Murray Rossman, M. D. William B. Cline Jr. *The American Journal Psychiatry* - page 1323, May 1938.
- Experiences in Insulin-hypoglycemia treatment of schizophrenia, D. E. Cameron and R. G. Koskins, *J. A. M. A.* 109:1246 (Oct. 16) 1937.
- Possibilities of combined insulin-metrazol treatment of schizophrenia. A. Erb., *Klim. Wchnschr.* 16:1762 (Dec. 11) 1937.
- Observations in the Hypoglycemic treatment of 55 cases of schizophrenia. By David Ruslander, M. D. (*Am. J. Psychiat.* page 1337-May 1938).
- Convulsion Therapy in psychoses. P. M. Van Wulfften Palthe, *Geneesk. tijdschr. v. Nederl.-Indie* 77:3010 (Nov. 30) 1937.
- Ladislav v. Meduna: *Psycho-Neurl. Wchnsch* 37:317, July 1935.

MULTIPLE MYELOMA

CASE REPORT

RAMON M. SUAREZ, M. D., R. BUSO CARRASQUILLO, M. D., AND
JUAN SABATER, M. D. *

Santurce, P. R.

Francisco Negrón, a white male, 43 years old, came to Mimiya Hospital on October 18, 1937, with a tentative diagnosis of Sprue. He complained of having suffered for a year from diarrhea with tenesmus, a lot of gas in the abdomen, loss of appetite, loss of weight, increasing weakness and general malaise.

The physical examination on admittance was essentially negative, except for the pale color of the skin and mucous membranes, the poor condition of the teeth and gums, and a generalized abdominal tenderness to palpation. He weighed 98 lbs.; had a blood pressure of 110/70, a temperature of 37° C., a pulse rate of 85 and a respiratory rate of 25.

The laboratory examinations performed had the following results:

Blood Study:

Erythrocytes	2,890,000
Hemoglobin (gms. per 100 c. c.)	8.2
percentage	57%
Packed cells (Reading)	27.7
Percentage of normal	65%
Color Index	0.98
Volume Index	1.10
Saturation Index	0.87
Mean Cell Volume (cu. microns)	95
Mean Cell Hemoglobin (microns)	28

Mean Cell Hg. Concentration (percentage)	29
Reticulocytes	1.0
Leukocytes	5,000

Differential Count:

Lymphocytes	36%
Basocytes	0%
Eosinocytes	14%
Neutrocytes	48%
Monocytes	2%

Urine Analysis:

Color: light yellow.
Reaction: acid.
Sp. Gr.: 1.012.
Albumin: 0.50 gm. per 1000 c. c.
Glucose: Negative.
Indican: Regular traces.

Sediment:

Leukocytes: none.
Erythrocytes: none.
Casts: Hyaline, granular and mixed in abundant quantities.
Epithelium: Some vesical, ureteral and pelvic.
Crystals: none.
Mucous shreds: few.
Detritus: none.

Stool examination:

Occult blood: none.
Ova of intestinal parasites: none.

* From the medical staff of the Mimiya Hospital.

Blood Chemistry:

Non Proteic Nitrogen.....	38.8
Urea	14.7
Uric Acid	4
Creatinine	1.3
Glucose	71.4

Gastric Juice Analysis:

	Free HCL	Combined Acids	Total Acidity
1.	0°	0	15°
2.	20°	0	35°
3.	35°	0	50°
4.	15°	0	35°

Lactic acid: Negative.

The patient was put to a Sprue or high protein diet; concentrated liver extract injected intramuscularly and dilute HCL, Bismuth subcarbonate, as well as stimulants for his appetite given with every meal. In the meantime, certified sputum examinations were repeatedly negative for acid fast bacilli.

The blood examinations and urinalyses performed every two weeks showed no improvement whatsoever. Iron was added to his medication. Nevertheless, his physical condition remained stationary; his appetite was so poor that insulin was given for a while, but to no advantage. Yeast was then tried, with no better results.

On the 14th. of December, the patient started complaining of pains on the sacrolumbar region. Local and general anaelgesics were given, but the ailments were not relieved. Urotropin and Sodium acid phosphate were tried. They had no favorable effect.

A Basal Metabolic Rate taken on the 15th day of January 1938, turned in a figure of -15%. The blood picture at the time showed 2,400,000 erythrocytes with 58% hemoglobin. The blood che-

mistry was unchanged; so was the urine.

The patient kept complaining of backache, and an X-ray picture of the pelvic region was taken. It revealed a marked decalcification of the sacrum and of the lumbar vertebrae. A G. U. specialist was immediately called to examine the prostate, and he found it in normal condition.

On the 4th. of February, a sternal puncture was performed, and the study of the bone marrow had the following results:

Megaloblasts	0%
Erythroblasts (early)	0.2%
Erythroblasts (late)	1.2%
Normoblasts	2.4%
Myeloblasts	0.6%
Pre-myelocytes	3.6%
Neutrophyle-myelocytes	5.8%
Eosinophyle-myelocytes	5.4%
Basophyle-myelocytes	0%
Polynuclear neutrophyles	25.2%
Polynuclear eosinophyles	7.4%
Lymphocytes	5.8%
Plasma cells	42.4%

We were immediately struck by the abundance of plasma cells. These elements are present in normal bone marrow in a proportion of 1 or 2 elements to every 500. In our case, a figure of 42.4 cells per hundred, such as is only found in cases of "Multiple Myeloma" or "Plasmocytic Leukemia", was obtained.

X-rays films were taken of the skull, ribs, pelvic bones, vertebral column and femora. The findings were as follows:

(a) *Skull*: rarefaction of bones, with small areas, "moth-eaten" in appearance.

(b) *Ribs*: osteoporosis of several ribs, specially of the 7th. and 8th. on the left side.

(c) *Pelvic bones*: The whole sacrum appears very blurred and osteoporotic. Iliac and pubic bones, as well as lumbar vertebrae show the same findings.

(d) *Femora*: Characteristic "moth-eaten" areas, with thinning of the cortex in upper third of both bones, are seen.

(e) *Humeri*: Same condition.

On February 6th., a determination of calcium, phosphorus, and cholesterol in the blood, read as follows:

Calcium: 12.8 mgs., per 100 c.c.
Phosphorus: 1.9 mgs., per 100 c.c.
Cholesterol: 285.7 mgs., per 100 c.c.

A blood count at the same time showed:

Erythrocytes -----2,330,000
Hemoglobin -----46%
Leukocytes -----2,950

Differential count:

Lymphocytes -----25
Eosinocytes -----19
Basocytes -----1
Neutrocytes -----48
Monocytes -----6
Myelocytes -----1

Fragility test:

Patient — 0.42 — 0.32.
Control — 0.44 — 0.30.
Icteric index: 2.4

Two successive urinalyses for the Bence Jones protein were negative.

Another complete blood chemistry study on February 1st., showed:

Non Proteic Nitrogen: 40.2 mgs., per 100 c.c.

Urea: 17.4 mgs., per 100 c.c.

Uric Acid: 4.5 mgs., per 100 c.c.

Creatinine: 1.6 mgs., per 100 c.c.

Glucose: 85.7 mgs., per 100 c.c.

Chlorides: 592.7 mgs., per 100 c.c.

Cholesterol 297.8 mgs., per 100 c.c.

Calcium: 13.9 mgs., per 100 c.c.

Phosphorus: 2 mgs., per 100 c.c.

Serum Proteins: 12.7 mgs., per 100 c.c.

Serum Albumin: 7.9 mgs., per 100 c.c.

Serum Globulin: 4.8 mgs., per 100 c.c.

With these data, the probable diagnosis of "Multiple Myeloma" was confirmed. It had been based chiefly on the following points:

1. General symptoms of a chronic wasting disease, on a man 43 years old.
2. A marked secondary anemia.
3. A chronic nephritis.
4. "Moth-eaten" areas of the bones, as shown by the X-ray films.
5. High blood calcium contents.
6. High serum proteins.

7. Above all, the high number of plasma cells found in the bone marrow.

The very poor general condition of the patient stopped us from trying any Roentgen-therapy on him. We kept up a symptomatic treatment for his digestive and osseous troubles, although we had very little favorable reactions with anything we tried. Nothing stimulated his appetite, or helped his organism in the process of blood formation.

For the last six months, he was bed-ridden, feeling extremely weak, depressed, and suffering from continuous pain over sacrolumbar and costal regions. His appetite was very poor, and his digestions unsatisfactory. He lost weight, gradually sank down. The figures on the repeated blood studies and

urine analyses suffered very little changes, and the last series of X-ray pictures taken on May 14, 1938, revealed the same typical lesions of the bones, still more generalized.

On the 31st of May, he started running a temperature with chills and a slight cough. He had daily rises to 40° C and 40.5° C and remissions to nearly normal. Blood smears for malaria were negative.

Thin, moist rales appeared on both pulmonary areas. A diagnosis of terminal bronchopneumonia was made; and death ensued on the 7th of June 1938.

A post-mortem examination was performed by Dr. E. Koppisch at the School of Tropical Medicine. The anatomopathological findings were reported as follows:

Gross Description:

The body is that of a fairly well developed, markedly cachectic white man measuring 166 cm. in length. Rigor mortis has disappeared, except from the muscles of the jaw. The dependent portions present faint purplish livores. The scalp hair is straight, thin, dry and abundant. There is some irregularity of the external surface of the skull as felt through the scalp. The corneae are opaque from postmortem changes and the eyeballs are soft. The pupils seem regular in outline and are in mid-dilatation. The eyes are sunken in their orbits. There is no discharge from the ears, nose or mouth. The teeth are unkempt, but as far as can be seen they are not carious. The gums are very pale and slightly retracted. The other visible mucous membranes are also slightly pale. The skin is dry, wrinkles rather easily and is blanched. The neck is long and slender; it presents no masses. The su-

perificial lymph glands throughout the body are not enlarged. The thorax is narrow with a very acute costal angle and with depressed clavicular fossae and intercostal spaces. The abdomen is scaphoid. The penis and scrotum are normal. The extremities are not remarkable, except for marked emaciation. There are no petechial hemorrhages.

The subcutaneous abdominal fat is pale yellow and measures 0.6 cm. in the region of the umbilicus. The musculature is poorly developed and very pale.

Peritoneal cavity: The surfaces are smooth and glistening. There is no free fluid. The dome of the diaphragm reaches the level of the third interspace on the right and fourth rib on the left. The liver does not extend below the costal margin in the right mid-clavicular line, and in the mid-line extends for 8 cm. below the xiphoid. The spleen does not present anteriorly. The stomach and intestines are not dilated. The appendix lies above the brim of the pelvis. The various abdominal lymph glands are not enlarged.

Thoracic cavity: a few fibrous tags bind the mesial aspect of the left lower lobe to the mediastinum and diaphragm. There are no fibrous adhesions elsewhere on either side. Each pleural cavity contains approximately 150 cc. of a slightly turbid yellowish fluid. The pericardial sac contains a normal amount of straw-colored liquid. The thymus is completely atrophic and has been replaced by fat.

Cranial cavity: Not examined.

Heart: Weighs 225 gm. The epicardial surface is smooth and glistening. The subepicardial fat is somewhat scanty but well preserved. The foramen ovale is closed. The endocardium shows

some pinkish postmortem discoloration but is otherwise normal. The valves are all delicate and competent and there are no fenestrations in the semilunar cusps. The myocardium is soft, brownish, quite extensively autolyzed, and the chambers seem slightly larger than normal. The coronary arteries arise slightly below the highest point of attachment of the aortic valve commissures. They are normally distributed and have delicate walls, but along the intima there are occasional slightly elevated yellowish atheromatous deposits. There are two small accessory ostia on the right side. Measurements: T 11.5, P 6.2, A 6, M 10, LV 0.9 and RV 0.3 cm.

Aorta: The walls are very elastic. The intima presents only very delicate slightly elevated atheromatous streaks.

Right lung: Weighs 620 gm. The middle lobe is incompletely defined. The pleura is everywhere smooth and glistening, except throughout the posterior portions of the lower lobe where it is covered by a delicate layer of fibrin and is somewhat congested. The upper and middle lobes are air-containing but there is some hypostatic congestion over the posterior portions. A short distance above the interlobar fissure, and in the upper lobe, is a whitish area of thickening of the pleura measuring 1.5 cm. in principal diameter and presenting a dense nodule in the center. The posterior two thirds of the lower lobe are violaceous and boggy. Several blebs are present in the very apex. On section the lower lobe is consolidated in its posterior portions and presents a very firmly granular cut surface that is pale gray in portions, dark red in others. The upper lobe is pinkish and slightly edematous. The larger bronchi, blood vessels and hilus lymph glands are normal.

The consolidated portions of the lung exude abundant turbid fluid on section.

Left lung: Weighs 540 gm. The pleura is smooth and glistening throughout the upper and anterior portions of the lower lobe. Fibrous tags bind both lobes antero-inferiorly. The lower lobe is dense in its posterior portions, violaceous and shows a dull pleura postero-laterally where it is covered by a delicate layer of fibrin. No blebs are found at the apex. On section the posterior two thirds of the lower lobe are consolidated and similar in appearance to the corresponding portions of the left lower lobe. The upper lobe is normal. The hilus lymph glands on either side are not enlarged.

Spleen: Weighs 60 gm. and measures 9.5 x 6.2 x 2.4 cm. The organ is small, with a smooth slightly wrinkled capsule. The consistency is normal. On section the pulp is firm, the trabeculae are not thickened and the normal markings are obscured because of diffuse postmortem discoloration.

Pancreas: Normal, except for softening due to autolysis.

Liver: Weighs 1330 gm. and measures 26 x 19 x 6 cm. The surface is smooth and glistening. The inferior margin is sharp. There are bluish or grayish blotches of postmortem discoloration. The hepatic tissues, as seen through the capsule, are pale yellow. The consistency of the organ is slightly diminished. On section the tissues are distinctly yellow and somewhat greasy, they bulge slightly over the cut edges of the capsule. The lobulations are fairly well defined. There is no fibrosis about the portal spaces.

Gallbladder: Contains some 40 cc. of dark yellow bile. The mucosa is delicate-

ly trabeculated. The walls are not thickened and the extrahepatic bile ducts are patent.

Suprarenals: Are normal in size with a narrow bright yellow cortex, a dark intermediate zone and a pearly gray medulla that is undergoing autolytic changes.

Right kidney: Weighs 90 gm. and measures 10 x 4.5 x 2.8 cm. The capsule strips off easily leaving a smooth pale surface with ill defined fetal lobulations. On section the cortex is narrow measuring not more than 0.35 cm. in thickness, but it is of even breadth and well outlined against the medulla. Both cortex and medulla are extremely pale. The striations are indistinct and the glomeruli not visible. Between the cortex and medulla there is a narrow zone of congestion. The peripelvic fat is scanty. The pelvis and ureter are normal. The main renal artery does not seem thickened.

Left kidney: Weighs 130 gm. and measures 10.2 x 4 x 3.7 cm. It is similar in description externally and on section to the right organ. The main renal vein is occupied by a thrombus which overrides the subdivision of the two main renal veins. The thrombus measures 5.5 cm. in length, and is not adherent to the intima of the vessels.

Pelvic organs: *Prostate*: Is soft, normal in size and appearance. *Urinary bladder*: Is only slightly distended. The mucosa is faintly trabeculated and normal. The walls are not thickened.

Seminal vesicles: Normal.

Testes and epididymes: Not removed.

Gastro-intestinal tract: *Esophagus*: Normal. *Stomach*: Is slightly distended with partly digested food in which

curdled milk is recognizable. The mucosa shows obliteration of the rugae and advanced autolytic changes. *Small intestine*: Normal, except for marked pallor of the mucosa throughout the jejunum and for advanced autolysis throughout the ileum. *Appendix*: Normal. *Large intestine*: There are two small patches of yellowish exudate, measuring not more than 0.2 cm. in principal diameter each, at the ileocecal valve. The remainder of the cecum and the ascending colon are quite normal except for autolytic changes. Beginning in the transverse colon there are larger patches of grayish exudate and some edema of the submucosa. A superficial erosion remains where the exudate is scraped off. The intervening mucosa is ash gray in color but not otherwise altered. In the rectum there are again several patches of exudate.

Neck organs: *Epiglottis, larynx, trachea*: Normal. *Thyroid gland*: Normal and contains abundant colloid. *Parathyroids*: Are not enlarged.

Skeleton: The vertebrae are examined from the first thoracic to the last lumbar and are found to be very soft and cut very easily with the saw. The marrow has been replaced by a soft pale gray, in places semitranslucent tissue, and the bony trabeculae have in great part been destroyed. The cortex is thinner than normal. The ribs are very flat and present an occasional area of depression as seen from the outside. On section the cortex is thin and the marrow is pale grayish and semitranslucent. The right ilium is also very soft and shows changes comparable to those already described for the ribs and vertebrae. In the middle third of the femur the cortex of the bone is dense and ap-

parently normal, but the bone-marrow, which is for the most part highly cellular, is pale gray, except for a few reddish portions. After removal of the bone-marrow the inner surface of the cortex presents distinctly outlined depressions that at times measure 0.5 cm. across.

Parasitology report: Feces: Not examined.

Microscopic description:

Heart: The subepicardial fat is well preserved. At one point in it next to the myocardium is a small group of what appear to be lymphoid cells. The myocardial fibers seem normal, except for frequent transverse postmortem fragmentation. The blood vessels are normal and there are no areas of fibrosis. There is an excess of lipochrome pigment at the poles of the nuclei.

Aorta: The intima is moderately broadened and very loose and at times vacuolated along its most superficial portions. The media is relatively poor in nuclei and its stroma is undergoing early hydropic vacuolation in places.

Lung A: There is no congestion. The alveoli are filled with coagulated protein in places and in others with groups of polymorphonuclear leukocytes in addition. Frequently they also contain strands of fibrin. An occasional alveolus presents dense clumps of bacteria. Most of the cells within the alveoli are undergoing fragmentation and lysis.

B: There is abundant coagulated protein in most of the air sacs, but no inflammatory exudate is in evidence. Some of the alveoli are moderately dilated.

C: Slight dilatation of the alveoli and edema are the more notable findings. An

occasional bronchus is full of polymorphonuclear leukocytes and there are one or two patches in which the air sacs contain polymorphonuclear leukocytes and small amount of fibrin.

D: The pulmonary parenchyma is diffusely involved in a pneumonic process. The alveolar capillaries are moderately congested. The air sacs are occupied by a delicate reticulum of fibrin and by very numerous polymorphonuclear leukocytes that are undergoing fragmentation. The proportion of fibrin, polys and coagulated protein varies in different alveoli and in some areas the fragmentation of the inflammatory cells has gone further than in others. Hemorrhage has taken place in a few portions. Some of the bronchi and air sacs contain numerous bacteria and brownish debris.

Spleen: Autolytic changes are rather far advanced. The more notable alteration consists in the presence throughout the pulp of abundant golden yellow refractile hemosiderin pigment. The cell content of the pulp is mainly mononuclear. The malpighian corpuscles are inconspicuous. There is moderate hyalinization of the walls of the arterioles.

Pancreas: The acini are shrunken and empty of secretion granules so that the interglandular stroma seems slightly more prominent than usual. The islands of Langerhans are not altered.

Liver A: A majority of the liver cells throughout all portions of the lobules is filled with medium-sized vacuoles of fat. Some of the sinusoids contain fairly large numbers of plasma cells. The Kupffer cells are normal and contain no pigment. The portal spaces are not fibrosed.

B: Similar to A. Increased numbers of lymphocytes and plasma cells are found in some of the portal spaces in ad-

dition to the sinusoids. There are one or two foci of necrosis of liver cells and infiltration by small numbers of fragmented leukocytes among which polys can be recognized. At one point in the parenchyma is an accumulation of plasma cells and a few lymphocytes with obliteration of the cords of liver cells.

Suprarenal A: There has been moderate depletion of cortical lipoids. Except for this, and for some autolysis, the section is not remarkable.

B: The capsule is thickened, otherwise the section is similar to A.

Kidney A: There has been diffuse fibrosis throughout the section between tubules and glomeruli. The fibrous tissue is sprinkled in places with lymphocytes. Some of the tubules are very small and atrophic and there has been much postmortem desquamation of their lining epithelium, while others are dilated, lined by flat epithelium and filled with hyaline casts that at times are composed of concentric lamellations and resemble corpora amylacea. The glomeruli are quite well preserved, but are bloodless and not infrequently show slight thickening and hyalinization of Bowman's capsule. Advanced degrees of this process in the glomeruli are only rarely observed. There is some thickening and hyalinization of the basement membrane of most of the glomerular tufts. The arterioles not infrequently show some thickening and hyalinization of the intima with some reduction in the caliber of the lumen. The medium-sized and larger arteries show moderately advanced fibrosis and thickening of the intima. The lumen of these vessels, however, seems not diminished.

B: Is similar to A. In the fibrosed stroma there are prominent groups of

lymphoid cells. The tubules are markedly atrophic while the glomeruli are shrunken and bloodless. Only an occasional island of fairly normal appearing cortex is seen. The pelvis is partly included and seems normal. Two large branches of the renal vein are distended with a thrombus which in one of the branches is beginning to undergo necrosis in its central portion. The main renal artery is normal.

C: Similar to A and B.

Prostate: Normal. There has been much postmortem desquamation of the epithelium and there are large corpora amylacea.

Small intestine: The mucosa has undergone rather advanced autolytic changes. There are no evident pathological alterations.

Colon A: The mucosa presents two separate areas of necrosis with replacement of the glandular layer by a zone of fibrinous exudate in which are enmeshed scanty fragmented polymorphonuclears. Clumps of fibrin are seen within the capillaries throughout the necrotic portion. The underlying submucosa is edematous and sparsely infiltrated with large mononuclear cells, lymphocytes and occasional polys and eosinophils. No amebae can be found.

E: Autolytic changes of the mucosa are advanced. There are no areas of necrosis or ulceration of this layer. The submucosa, however, is much broadened and very edematous. It is sparsely infiltrated with the same types of cells as in section A. Large mononuclears predominate. The muscular and outer fatty layer are normal.

Rectum: Essentially normal, except for slight infiltration of the submucosa

with lymphocytes.

Thyroid Normal. The acinar epithelium is low and the colloid is abundant.

Bone-marrow of femur: The marrow is actively hyperplastic, there being only occasional fat cells. Both the erythrocytic and granulocytic series are represented in about normal proportions. Small cells resembling lymphocytes occur in large numbers and constitute the more notable departure from normal. There is moderately abundant golden yellow refractile hemosiderin pigment. Plasma cells are only rarely observed.

Lumbar vertebra: There is great cellularity of the marrow. The body trabeculae are thin and very scanty in places. The marrow is quite uniform in appearance and is to a considerable extent made up of small lymphocytes and plasma cells. The plasma cells have a pinkish cell body and an eccentrically placed rounded nucleus in which the chromatin particles are deposited beneath the nuclear membrane. Myelocytes are found only infrequently and there appears to be very little erythroblastic tissue left. No megacaryocytes are found. The cells that have replaced the bone-marrow are uniformly distributed, regular in appearance and present no mitotic figures.

Ilium: The histologic appearance is practically identical with that of the vertebra except that in certain areas

there is more of the normal hemopoietic tissue left and megacaryocytes are occasionally observed. The main infiltrating cells seem to be the plasma cells.

Thoracic vertebra: Similar to the ilium. The number of plasma cells is less than in the previous bones described.

Final Note:

A case of multiple myeloma of the plasma cell type with extensive involvement of the vertebrae, pelvis and ribs, which culminated in profound anemia and in death from extensive bilateral bronchopneumonia. Of the bones studied, the marrow of the femur in its middle third showed active hyperplasia and areas of fearly extensive infiltration with cells of the lymphoid type, while in the vertebrae, where the process was more advanced and where there had been extensive bone destruction, the predominating cellular elements were of the plasma cell type. There were no extensions to other tissues or organs, but many of the liver sinusoids contained large numbers of plasma cells. Clinically, there was marked albuminuria, but Bence-Jones protein could never be demonstrated. At autopsy the albuminuria was found to be the result of contracted kidneys, explainable on an arteriosclerotic basis with involvement particularly of the smaller arteries.

E. K.

MADURA FOOT IN PUERTO RICO

CASE REPORT

R. BUSO CARRASQUILLO, M. D.*

Santurce, P. R.

On the 17th. of March 1938, Juan Vega, a 48 years old, colored individual, walked into Mimiya Hospital barefooted and limping from the left side. He complained of acute pain and swelling of the left foot.

Physical examination revealed a monstrous looking, deformed left foot, practically twice the size of the right one. There was a hard swelling of the whole extremity which extended to a level three finger breadths above the ankle joint. The skin was deeply pigmented, dry and scaly on the dorsal aspect of the foot. Its color varied from deep brown to black.

A considerable number of nodules showing characteristics of the different stages of evolution of the subcutaneous gummata could be seen on the dorsum, inner and anterior portions of the plantar aspect of the foot.

The size of these lesions varied between that of a small pea and a nut. Most were tender, non-adherent, hard infiltrations. Some were soft, pasty, almost fluctuating lesions, adhering to the superficial layers of the skin. A few showed crater-like perforations on the apices of the nodules. A bloody-serous secretion exuded thru the openings, in which small, white grains, the size of a pinhead, could be seen.

The toes were thick, short, clubby; they really looked too small for the

foot. The first one was in forced extension and valgus, its axis converging towards that of the second one. The other toes diverged at their bases.

The man had been a healthy youngster. He was a laborer in coffee plantations and had always worked barefooted. Fifteen years ago his left foot began to hurt and swell. At the same time, small hard masses appeared on its surface. These nodules ripened, opened spontaneously and discharged a secretion containing minute white grains. The first lesion appeared between the second and third toe, on the plantar side of the foot. Other lesions followed on the surrounding area, on the inner border and on the dorsal region. They all underwent the same evolution. After discharging for a few days, the openings would be covered by a thick, dry coating. Some would heal, leaving a scar, but the great majority would reopen after a few days and start secreting again.

He did not receive medical care for many years. The swelling of the foot hardened, the left leg became thin and its superficial veins more marked; the pain progressively increased until it became excruciating and unbearable.

He was then hospitalized several times at different institutions and received local treatment which consisted of warm baths and various antiseptic remedies. Analgaesics were also administered.

* From the Medical Staff of the Mimiya Hospital, Santurce, P. R.



DORSAL VIEW



INTERNAL VIEW.

There was no improvement in his condition, so he went back home, where he stayed for the last three years, unable to work.

The patient was a thin, poorly nourished man, weighing 108 pounds. His temperature, pulse and respiratory rates were within normal limits. His conjunctivae were pale and his teeth dirty and carious. Except for some tenderness to fist percussion on the lumbar region, and hard, non tender inguinal glands on both sides, the rest of the examination was practically negative. The blood pressure was 120/80. He denied any venereal infection or alcoholic habits.

An X-Ray study of the foot showed multiple lesions of bone rarefaction

and destruction of all metatarsals and phalanges. Not only the size and consistency of the bones had been altered, but their axes appeared deviated. This was most noticeable in the phalanges, which diverged definitely from each other.

Routine laboratory examinations revealed:

1. R. B. C. of 4,920,000 erythrocytes with 99% hmgb.
2. Wassermann and Kahn tests: Negative.
3. W. B. C. of 8,600 with a normal differential count.
4. Normal urine
5. Ova of *necator americanus* and *ascaris lumbricoides* in the stools.



PLANTAR VIEW

A tentative diagnosis of Mycetoma or Madura Foot was made. It was confirmed by microscopic examination of the white grains. Cultures studied at the School of Tropical Medicine of Puerto Rico revealed a fungus of the genus *Cephalosporium*. The species has not yet been classified. A similar one was described in Brazil and pure specimens of it have been requested for comparison and proper identification.

Warm foot baths with 1/4000 mercuric cyanide locally, general analgesics and K I in massive doses per os were ordered. The patient was kept under such treatment for three weeks. During this period his uncinariasis and ascariasis were successfully treated.



EXTERNAL VIEW

There was no local improvement whatsoever. He was actually in terrible pain, and morphine had to be administered liberally for relief. Under the circumstances, a consultation with the surgeon was called for and amputation of the foot was decided upon.

On the 9th. of April, amputation thru the lower third of the left leg under spinal anesthesia was performed. No pathology was found in the area of operation. The specimen was embalmed and sent to the School of Tropical Medicine for further studies.

He had an uneventful recovery and was discharged one month later with the stump completely healed. His pains had disappeared completely and his



PURE CULTURE OF THE FUNGUS

general condition improved to such an extent that he weighed 119 pounds on discharge from the Hospital. He is ac-

tually using crutches until an artificial leg is available.

A search through literature on Mycology in Puerto Rico fails to reveal previous reports of any case of Mycetoma or Madura Foot in this island. A few months ago, a case was studied and described in one of the Virgin Island by the head of the Department of Mycology of the School of Tropical Medicine.

Though the disease is of no common occurrence, yet it is endemic in India, Africa, Madagascar and in most subtropical regions in America.

Its clinical picture is practically always identical, although numerous causative organisms have been described as the etiologic agent in different cases. The one isolated from this case is probably a new species, which has not been previously described.



Dr. J. A. López Antongiorgi

Boletín de la Asociación Médica de Puerto Rico

Avenida Manuel Fernández Juncos, Parada 19
Santurce, P. R.

Año XXX Diciembre, 1938. No. 12

Editor y Administrador:

Dr. E. Martínez Rivera

Editores Asociados:

Dr. Leopoldo Figueroa

Dr. Pedro S. Malaret

Dr. David E. García

Dr. J. Noya Benítez

Dr. L. Gaetán Roberts

EDITORIAL

Dr. JOSE A. LOPEZ ANTONGIORGI
(1881-1938)

La muerte, fuerza negativa y ciega de la naturaleza, genio destructor que con furia desenfrenada troncha, muchas veces en forma loca y prematura, vidas preciosas cuya existencia debió respetar y abstenerse de segar por largos años, acaba de arrebatarnos, dolorosa y trágicamente, la de un compañero queridísimo, que apenas había llegado a la madurez de sus días, quien pudo haber continuado su obra útil, altruista y buena por mucho tiempo más, no para provecho o lucro suyo (que esas jamás fueron aves que anidaron en su noble pecho) sino para bien de su patria que él tanto amaba y a la que dió siempre, íntegra y sin reservas, en todos los diversos campos de actividad a que se dedicó, sus energías, las luces brillantes de su inteligencia clara y fecunda y el caudal inagotable de amor que albergaba en su corazón digno y generoso por todo aque-

llo que fuera para beneficio de su Puerto Rico adorado.

Lo conocimos (o mejor dicho aún, nos conoció) hace años, muchos años, desde que nacimos y durante todo ese largo tiempo tuvimos el privilegio y la fortuna de gozar de su amistad y cariño, uniéndonos a él lazos de afecto tan fuertes, que ahora, al tocarnos el doloroso deber con que jamás soñamos, de escribir estas notas necrológicas, que trazamos con el corazón oprimido, con la vista nublada y la mente embotada por el dolor que profundamente nos embarga, nos vemos privados, por un sentido de modestia para con el que fué casi un familiar nuestro, de rendirle todo el tributo de admiración a que su memoria es acreedora; pero a la vez estamos compelidos por un deber de justicia a no silenciar en el olvido las virtudes revelantes que le adornaron y que deben servir como ejemplo a la presente y futuras generaciones que harían bien en emularlo.

JOSE ANTONIO LOPEZ ANTONGIORGI, nació en la histórica "Ciudad de las Lomas" en el año 1881; allí cursó su primer enseñanza, trasladándose luego a Mayaguez y más tarde a Ponce a seguir estudios superiores. En el colegio que para aquella época tenía en la Perla del Sur el Lcdo. José Ezequiel Martínez Quintero (mi padre) siguió su preparación académica, demostrando ya para aquel entonces ser un estudiante brillante, el que habría de tener un futuro lleno de triunfos, augurios estos que fueron plenamente confirmados en el correr de los años.

Una vez terminado su Bachillerato en Ciencias, a raíz del cambio de soberanía, obtuvo por mediación de don Roberto H. Todd, una de las primeras becas ofrecidas en E. U. a jóvenes puerto-

rriqueños pobres, que se destacaran como estudiantes superiores, y así fué que pudo trasladarse a la Universidad de Syracuse, ingresando en la escuela de medicina de dicho centro docente, del cual se graduó, con honores, de doctor en Medicina y Cirugía en el año 1904, obteniendo el promedio más alto de todos sus compañeros de clase.

En el mismo año revalidó su título tanto en Nueva York como en Puerto Rico, siguiendo luego estudios post-graduados en hospitales del estado de Nueva York; vino a Puerto Rico más tarde y estableció aquí su consultorio que no tardó en convertirse en meca de infinidad de compatriotas que acudían a él en busca de la salud perdida o solicitando el lenitivo para algún ser querido que yacía en el lecho del dolor.

Desde un principio demostró predilección por la cirugía, arte que manejó con destreza y habilidad extraordinarias y en el que descolló desde antes de recibir su doctorado.

López Antongiorgi fué el primer puertorriqueño graduado en aulas universitarias americanas que se destacó en el campo de la cirugía, llegando a ser—hoy que ha muerto podemos decir sin temor a ofender, ni a herir su modestia—el primer cirujano de Puerto Rico, título que nadie osará discutirle, pues fué no sólo un operador hábil, diestro, rápido, valiente y competente, sino además un clínico sagaz y estudioso, de una visión profunda, amplia y penetrante; hombre versado no sólo en el manejo del bisturí y de la pinza hemostática, sí que también en todos los adelantos del laboratorio, de los Rayos X, de la clínica, sirviéndose de ellos con maestría para aco- parlas debidamente a su especialidad;

y por sobre todo eso fué: **un maestro**, un maestro de maestros que siempre estuvo dispuesto a dar todo cuanto sabía para enseñar a otros, y a tender su mano amiga y su manto protector a cuantos jóvenes se acercaron a su lado, ayudándolos y alentándolos a escalar los escabrosos peldaños que conducen a las cumbres de la gloria; díganlo sino los Ferrer, los Díaz García, los Aviles y tantos y tantos otros, cuyos nombres omitimos exprofeso para no herir susceptibilidades, que son hoy legítimos orgullo de nuestra clase médica, y faros que brillan por sus propios méritos en el ejercicio de su noble apostolado.

En el año 1910 contrajo nupcias con la Srta. Juanita Monroig de cuya amorosa unión nació, un año después, su único hijo, José Antonio; pero la inmensa alegría que le había proporcionado el nacimiento de su primogénito, no tardó en trocarse en amargo dolor al perder, pocos días después, la dulce compañera de su juventud quien no obstante su desaparición, siguió siendo su novia de toda la vida, como él nos confesara en una ocasión, hace ya algunos años.

Con su bisturí conquistó resonantes y amplios triunfos salvando vidas que se hallaban a las puertas de la muerte, restableciendo la utilidad a cuerpos lesionados, restañando heridas, devolviendo la salud a cuantos de él la solicitaban y sobre todo mitigando siempre el humano dolor, porque cual el "**Divino Maestro**" iba por el camino haciendo el bien a todos los que encontraba a su paso; fué así como escaló, de pico en pico las cumbres más elevadas que la gloria podía ofrecerle en su país.

Fundó la Clínica Miramar, que fué el primer Hospital privado puertorriqueño en esta capital, continuando allí su pro-

longada cadena de triunfos y su labor de "Buen Samaritano" haciendo el bien por igual a todos los que tocaban a su puerta, a ricos y a pobres, a blancos y a negros, a correligionarios y adversarios, pues él, fiel a su juramento hipocrático y a sus sentimientos dignos y nobles, jamás se detuvo a preguntar del que solicitaba sus servicios el número de monedas que había en su faltriquera para recompensar su trabajo, jamás fijó su vista en el color de la piel del que imploraba su ayuda, ni se detuvo a indagar el círculo social en que se mecía la cuna del ser a quien iba a atender; para él sólo existían enfermos que necesitaban sus auxilios siendo ello suficiente para que corriera presto junto al lecho de aquel ser humano que quizás necesitaba de él para escapar de las garras de "la intrusa". Por eso en el momento de su muerte sus despojos han recibido el sagrado bautismo que sobre ellos han producido las lágrimas sinceras con que han sido regados, lágrimas que han brotado espontáneamente de todos los corazones que alguna vez volvieron sus ojos a él en busca de salud, de consuelo o de un consejo, cosas que él siempre generosamente dispensaba en forma pródiga y a manos llenas.

Muchos otros quizás, se hubieran conformado con una fracción de los triunfos por él alcanzados; pero el suyo no era espíritu contemplativo que se satisface con la placidez y el éxito obtenido; él era hombre dinámico y valiente y su mente bulliciosa y activa lo empujaba siempre en busca de más amplios horizontes. Por eso lo vemos trasladarse a Nueva York a abrir allá, en la gran Metrópolis, fría y calculista, su consultorio, repitiéndose de nuevo, pero aún en mayor escala, su carrera vertiginosa de éxitos que lo llevó, en brazos de la glo-

ria, a franquear las puertas de los centros médicos más reputados, serios y distinguidos en el continente americano; y si acudía a aquellas fuentes a beber siempre ávido, los últimos adelantos y los más recientes descubrimientos, no lo hacía para lucro y beneficio personal suyo, sino para ponerlos, desinteresadamente, al servicio de esa caravana interminable de enfermos que, día tras día, tocaba a sus puertas con fé ciega y esperanza alentadora, productos lógicos de experiencias anteriores, cuando en trances similares habían acudido a él, recibiendo siempre de su cerebro privilegiado el total de sus vastos conocimientos, de sus manos la destreza bien encauzada que iba a corregir la dolencia o a extirpar el mal pertinaz y de sus labios la frase balsámica que daba consuelo al espíritu y que servía para enjugar las lágrimas de dolor, acompañado todo ello muchas veces de los medios económicos con que proporcionar la medicina que él mismo recetaba. Por eso aquella inmensa clientela veía en él no sólo al médico hábil y consciente, sino también al amigo sincero y bueno, que a veces era como un padre cariñoso y tierno. Así fué como él practicó su apostolado toda la vida, por eso sembró tantos afectos y cosechó tanto cariño, admiración y respeto durante los 35 años que ejerció su profesión.

Entre otros cargos, podemos mencionar que fué miembro de la Sociedad Médica Americana, tesorero del Club Internacional de Medicina, miembro de la Academia de Medicina de Nueva York, presidente del Club Iberoamericano de Nueva York, profesor de cirugía de la "New York Policlinic Medical School", médico honorario del Cuerpo de la Policía de Nueva York, miembro de la Aso-

ciación Médica de Puerto Rico, miembro de la Comisión de la Policía Insular, etc. etc.

Ingresó en la política, porque amaba entrañablemente a su patria y quería servirle en todos los campos en que pudiera serle útil. En un país en que vivimos la política durante los 365 días del año, él nos proporcionó el caso excepcional de ser uno de los pocos que vienen a las luchas públicas, no en pos del logro personal, sino a prestigiarlas.

De su ingreso en las contiendas públicas, ha dicho con razón un editorialista estas frases llenas de una gran verdad: "Mientras otros dan un paso como éste en busca de gloria; él tenía que volverse de espalda a la suya ya conquistada como cirujano; mientras otros se lanzan por este camino en pos de ventajas personales, él tenía que comenzar por el sacrificio de su clientela, de su despacho, y más doloroso que nada, de los ratos de charla cordial con sus enfermos. En reconocimiento de aquel espíritu que lo animaba, como recompensa por toda una vida prolífica de ejemplos, el Partido Liberal postuló su nombre para Comisionado Residente de Puerto Rico en Washington. Entre los centenares de

miles de puertorriqueños y puertorriqueñas que le expresaron su reconocimiento por medio del sufragio, sabe Dios cuántos había que si todavía podían concurrir a las justas comiciales a rendirle aquel tributo, se lo debían a su habilidad quirúrgica, que los había rescatado de la muerte."

Ha dicho alguien que "parece una cruenta ironía, el que él haya sucumbido, víctima de una dolencia de la que salvó tantas vidas con su destreza y habilidad"; pero, con todo el debido respeto para quienes intervinieron en su caso, y sin que en ello vaya envuelta la más leve crítica, debemos recordar que esa vez no era él médico, sino el paciente.

La muerte ha querido arrebatárnaslo, al paralizar para siempre su mano diestra, al enmudecer sus labios doctos y al privarnos para siempre de su cerebro privilegiado; pero no lo ha conseguido, porque ahí quedan sus discípulos, sus enseñanzas, y su obra, que burlándose de "la parca", habrán de continuar así la labor a que él dedicara toda su vida en beneficio de la humanidad doliente.

E.M.R.

NOTICIAS MEDICO-SOCIALES

Dr. J. A. López Antongiorgi:

El lunes 28 del pasado mes de noviembre fué traído a nuestras playas el cadáver de nuestro querido compañero el Dr. J. A. López Antongiorgi, cuya inesperada muerte, acaecida en la ciudad de Nueva York el día 19 de noviembre, embargó de dolor los corazones de todos los médicos puertorriqueños y del pueblo de Puerto Rico en general.

El cadáver del Dr. López permaneció en capilla ardiente, desde la hora de su arribo hasta la de su sepelio, en el salón de actos del edificio de la Asociación Médica de Puerto Rico. El numeroso público, de todas las clases sociales, que desfilaron junto al féretro del estimado colega durante las horas que permaneció en capilla ardiente, y que más tarde le acompañara hasta su última morada, y el gran número de ofrendas florales enviadas demuestran plenamente el profundo cariño que le tenían a este buen amigo desaparecido sus compañeros de profesión y el pueblo puertorriqueño en su totalidad.

Momentos antes de partir la comitiva fúnebre hacia el cementerio de Santurce expresaron sentidas frases de duelo los siguientes señores:

Dr. Francisco M. Susoni, a nombre de la Asociación Médica de Puerto Rico.

Sr. Alfonso Valdés, a nombre del Partido Unión Republicana.

Lcdo. J. Ramírez Santibañez, a nombre del Partido Liberal.

Dr. Manuel Quevedo Baez, a nombre de la Asociación Médica de Puerto Rico.

Hon. Martín Travieso, a nombre de los familiares.

En otra parte de este número de nuestro Boletín, y cumpliendo lo que prome-

tiéramos en nuestra edición anterior, damos publicidad a unas notas biográficas sobre el querido colega fenecido.

Dr. Pedro Ramos-Casellas:

Recientemente, y con motivo de la Asamblea Anual de la Asociación Médica de Puerto Rico, para cuyo acto había sido invitado especialmente, tuvimos el honor de tener entre nosotros al distinguido compañero cuyo nombre sirve de epígrafe a esta nota.

El Dr. Ramos-Casellas, quien ejerce con gran éxito su especialidad de radiólogo en la ciudad de Chicago, pronunció ante la Asociación Médica de Puerto Rico, en la noche del sábado 17 de diciembre, y como parte del programa de la asamblea anual, una brillante conferencia sobre el interesante tema de:

“El aspecto fisiológico y patológico de la vesícula biliar desde el punto de vista del radiólogo.”

Al reiterar desde estas columnas nuestro cordial saludo al distinguido amigo, deseamos que a su regreso lleve las más gratas impresiones de su estadía en Puerto Rico.

Asamblea Anual del 1938:

Durante los días 16, 17 y 18 del corriente mes de diciembre llevóse a cabo en esta capital la asamblea anual de la Asociación Médica de Puerto Rico.

En estos días, según lo disponía el programa oficial que había circulado, celebráronse interesantísimas clínicas en los Hospitales de la Capital, en el Hospital Presbiteriano, Hospital San José, Hospital Mimiya y en la Clínica Pereira Leal. A todas ellas, sin excep-

ción, asistió una nutrida concurrencia, y tanto los actos científicos como los sociales celebrados en cada una de éstas, contribuyeron de manera decisiva al mayor lucimiento de la asamblea.

En la noche del viernes 16, se llevó a efecto la sesión inaugural, acto que resultó muy concurrido y en el cual pronunciaron elocuentísimos discursos el Dr. José C. Ferrer, presidente de la Asociación, el Dr. Eduardo Garrido Morales, Comisionado de Sanidad, el Hon. Rafael Martínez Nadal, presidente del Senado de Puerto Rico, y el Lcdo. Miguel Guerra Mondragón. En una de nuestras próximas ediciones daremos a la publicidad algunos de los discursos pronunciados en esta ocasión.

Durante la tarde y noche del sábado, y el domingo por la mañana, se presentaron ante la asamblea un total de 18 trabajos, todos los cuales resultaron de gran interés científico, y que conquistaron para sus autores merecidas frases de aprobación de parte de los asambleístas.

Al terminarse la sesión del domingo, se trasladaron los compañeros de asamblea al Hospital de Distrito de Bayamón, donde se les sirvió un espléndido lunch, obsequio de los médicos de Sanidad a sus colegas de la isla.

Como acto final de la asamblea, llevóse a efecto en el Escambrón Beach Club, el Banquete Anual con que los médicos del Distrito de San Juan obsequiaban a sus compañeros de los demás pueblos de la Isla, acto al cual asistieron alrededor de 80 comensales, y que cerró con broche de oro los actos sociales celebrados durante los tres días que permaneció reunida la clase médica puertrorriqueña.

Reunión de la Cámara de Delegados:

Durante los días 16 y 17 del presente mes celebró su reunión ordinaria anual la Cámara de Delegados de nuestra Asociación.

En la sesión del viernes, rindieron sus informes los directores de la Asociación, así como los presidentes de varios de los comités de ésta.

En la mañana del sábado se eligieron los funcionarios que habrán de regir los destinos de la Asociación durante el año 1939, recayendo los nombramientos en los siguientes compañeros:

Presidente: Dr. José C. Ferrer (re-electo)

Vice-Pres.: Dr. F. R. de Jesús

Secretario: Dr. José Chaves (re-electo)

Tesorero: Dr. Antonio Ortiz (reelecto)

Consejero: Dr. Félix Alfaro Díaz (reelecto)

Entre las resoluciones aprobadas por la Cámara en esta sesión ordinaria, sobresalen las siguientes:

Sobre ejercicio ilegal de la profesión:

“Solicitar del Tribunal Examinador de Médicos, haga uso de sus facultades y persiga por los medios ordinarios a todas aquellas personas que no hayan sido autorizadas para ejercer la profesión de médico en nuestra Isla, a fin de conseguir que cesen en el ejercicio ilegal de la profesión.”

Sobre la implantación de métodos contraceptivos:

“Ratificar nuestros acuerdos anteriores en el sentido de que es política de la Cámara de Delegados de la Asociación

Médica de Puerto Rico, en representación de la clase médica puertorriqueña, el fomentar toda medida que tienda al desarrollo de métodos contraceptivos en Puerto Rico, y en tal sentido, ha visto con simpatía la aprobación de leyes de parte de la Legislatura Insular, que guían a este fin.

“Declarar, como por la presente declara: estar en simpatías con los compañeros Belaval y Caso en el proceso, que a petición de ellos, ha sido incoado, como caso de prueba, ante la Corte Federal.”

Para fomentar la celebración de reuniones en las Asociaciones de Distrito:

Con el propósito de fomentar la celebración de actos científicos y otras actividades en las distintas Asociaciones de Distrito se aprobó una resolución disponiendo: que las Asociaciones de Distrito podrán disponer, mediante el envío de comprobantes a la tesorería de la Asociación, de un 25% del total de las cuotas cobradas en su distrito, una vez descontados los \$3.00 del Boletín.

Sobre la concesión de becas para cursar estudios de medicina:

“Solicitar de la Junta de Becas, que al conceder becas para cursar estudios de medicina, las dé a muchachos que estén en condiciones de poder asistir a universidades reconocidas, para que una vez que hayan acabado sus estudios puedan revalidar su título en Puerto Rico, evitando así que el Gobierno gaste dinero en la educación de jóvenes que luego no puedan ejercer en Puerto Rico por el hecho de haber estudiado en universidades no reconocidas.”

Boletín de Sanidad:

Los editores de nuestro colega, “Puerto Rico Health Bulletin”, órgano oficial del Departamento de Sanidad de Puerto Rico, han tenido la gentileza de dedicar a nuestra Asociación, con motivo de la celebración de la trigésima quinta asamblea anual, el número de dicha revista correspondiente al presente mes de diciembre.

Es esta una gentileza que pone de manifiesto el gran espíritu de cordialidad que prevalece en la actualidad entre la Asociación Médica y el Departamento de Sanidad de Puerto Rico, y que nosotros agradecemos a nombre de nuestra querida agrupación.

EL CONSEJO SUPREMO DE LA LIGA PUERTORRIQUEÑA CONTRA EL CANCER APROBO EL 14 DE DICIEMBRE DE 1938, LA SIGUIENTE

RESOLUCION

POR CUANTO, a los efectos de hacer pública y permanente demostración de la gratitud de los puertorriqueños al Hon. Franklin D. Roosevelt por los beneficios que a su política de Nuevo Trato debe la isla de Puerto Rico, se intenta erigir una estatua a tan insigne estadista;

POR CUANTO, las personas que tienen a su cargo llevar a la práctica la muy noble y feliz iniciativa han organizado una campaña de colecta pública y han obtenido una generosa apropiación de fondos insulares, por mandato legislativo;

POR CUANTO, la comunidad puertorriqueña atraviesa actualmente por uno de los momentos más complicados y difíciles de su historia y se confronta con graves problemas que demandan urgente atención económica, entre los cuales

se destaca con aterradora magnitud el que se refiere a la necesidad de combatir el cáncer, terrible dolencia que es implacable azote de nuestro pueblo;

POR CUANTO, la campaña de curación y prevención del cáncer requiere la fundación de un establecimiento adecuado que responda a las exigencias modernas de la ciencia y dicho propósito sólo podría realizarse mediante la obtención de amplios recursos económicos;

POR CUANTO, ningún homenaje sería tan digno de perpetuar en Puerto Rico el nombre glorioso del Presidente Roosevelt, como el de una fundación para fines altruistas que, semejante a la de Warm Spring en Georgia, tuviera por alta finalidad la de mitigar el sufrimiento de seres humanos amenazados en su existencia por quebrantos físicos de gravedad extraordinaria.

POR TANTO: RESUELVASE POR LA LIGA PUERTORRIQUEÑA CONTRA EL CANCER:

1:- Consignar públicamente la solidaridad de esta Liga con el movimiento patriótico de rendir un homenaje que perpetúe entre las futuras generaciones puertorriqueñas el nombre ilustre del Presidente Franklin D. Roosevelt.

2:- Solicitar de las personas y entidades encargadas de dar vida a tan feliz iniciativa, se desista del propósito de erigir una estatua, y en su lugar se acuerde dedicar todos los fondos hasta la fecha obtenidos y los que pudieran obtenerse más tarde a la erección de un edificio destinado al Instituto del Cáncer en Puerto Rico que habría de llevar el nombre del Presidente y habría de ser un monumento más en armonía con las ideas de amor y servicio a la humanidad que profesa y defiende el hombre que rige actualmente los destinos de la gran Nación Americana.

: I N D I C E :

1 9 3 8

Año 30

Nos. 1 - 12

	No.	Pag.		No.	Pag.
Acrocephalosyndactylism of Apert A case report and a brief review of the literature, Dr. Fernando Asencio Camacho	8	309	tis ----- Busó Carrasquillo, R., Madura Foot in Puerto Rico - Case Report	4	138
Angina, Sulphanilamide in the Treatment of Ludwig's, (Case Report), Dr. C. E. Muñoz Mac Cormick	6	220	Cancer of the Rectum, Dr. J. Noya Benítez	12	452
Annual Report of the Biological Laboratories of the Department of Health of Puerto Rico - Fiscal Year 1936-37, Dr. O. Costa Man- dry	4	150	Cáncer primitivo del pulmón, Dr. M. Guzmán Rodríguez	8	296
Anotaciones sobre la Pneumonoli- sis intrapleurale de Jacobaeus, Dr. Luis A. Passalacqua	6	225	Colegios de medicina, reconocidos por el Tribunal Examinador de Médicos de Puerto Rico, Lista de	2	56
Apendicitis, Consideraciones acerca de la, Dr. Jorge del Toro	5	173	Colelitiasis, Diagnóstico comparati- vo - Clínica y radiológicamente de las, Bosquejo del tratamiento de las colecistopatias, Dres. M. Soto Rivera y J. R. Ramos Mimoso	11	431
Aplasia o Hipoplasia de la Médula Osea, Dres. Ramón M. Suárez, Juan Sabater y R. Busó Carras- quillo	10	367	Colón, Julio E., Priapismo - Algunas considera- ciones y presentación de un caso interesante	1	9
Appendicitis, An Evaluation of the Signs and Symptoms of Acute, Dr. Kermit Brau	6	225	Consideraciones acerca de la apen- dicitis, Dr. Jorge del Toro	10	386
Arrillaga Torrens, R., Consideraciones preliminares al tratamiento de la Sífilis	4	138	Consideraciones preliminares al tra- tamiento de la Sífilis, Dr. R. A- rrillaga Torrens	6	225
Artificial Pneumothorax, One hun- dred cases of Bilateral, Prelimi- nary Report, Dr. L. R. Gaetán	5	184	Cooper, Col. A. T., The treatment of Active, Chronic, Pulmonary Tuberculosis in the Adult	5	184
Asamblea Anual, Relación avanza- da del programa científico de la	4	123	Costa Mandry, O., Annual Report of the Biological Laboratories of the Department of Health of Puerto Rico - Fiscal Year 1936-37	3	92
Asencio Camacho Fernando, Acrocephalosyndactylism of Apert - A case report and a brief review of the literature	11	428	Diagnóstico comparativo - Clínica y radiológicamente de las coleli- tiasis. Bosquejo del tratamiento de las Colecistopatias, Dres. M. Soto Rivera y J. R. Ramos Mi- moso	4	150
Atchley, Dana W. The Nephrotic Syndrome	8	309	Diagnóstico y tratamiento de los traumatismos intracraniales, Dr. Raúl Pietri	1	9
Bachman, George W., Preventive Medicine in Prospect	2	39	Digilanida Sandoz, Digital - Expe- riencias con la, Dr. Ramón M. Suárez	4	130
Balasquide, L. A. Algunas consideraciones sobre las pielitis gravídicas	1	17	Digital - Experiencias con la Digi- lanida Sandoz, Dr. Ramón M. Suárez	6	235
Bierley, J. R. Malignant Bone Tumors with a Review of Three cases	3	105	Editorial	6	235
Bone Tumors with a Review of three cases, Malignant, Dr. J. R. Bierley	3	112	"	1	35
Bou, Alfredo L., Epidermolisis Bulosa - Presenta- ción de casos	3	112	"	5	253
Brau, Kermit, An Evaluation of the Signs and Symptoms of Acute Appendici-	1	1	"	9	349
			Editorial - Dr. J. A. López Anton- giorgi	10	392
			Endocrinología, Ovulación-menstruo	12	457

	No.	Pag.		No.	Pag.
y concepción a la luz de la, Dr. V. Gutiérrez Ortiz -----	4	141	Lymphogranuloma Inguinale - A Review -----	6	209
Enfermedad Celiaca, Algunos aspectos de su tratamiento, Dr. M. Pujadas Díaz -----	1	4	Landrón, José, Las Sinusitis en los Niños. Diagnóstico radiológico -----	9	330
Enfermedades cardiovasculares en Puerto Rico, Introducción al estudio de las, Dr. A. Fernós Isern -----	3	83	Legislación de interés para el Médico -----	5	188
Enfermedades venéreas desde el punto de vista de la salud pública, Las, Dr. E. Martínez Rivera -----	11	403	Ludwig's Angina, Sulphanilamide in the Treatment of (Case Report), Dr. C. E. Muñoz Mac Cormick -----	6	220
Epidermolisis bulosa, Presentación de casos, Dr. Alfredo L. Bou -----	1	1	Lymphogranuloma Inguinale - A Review, Dr. Enrique Koppisch -----	6	209
Fernández Luis J. y Ricardo F. Fernández, El tratamiento de la oftalmía gonocócica con la sulfanilamida - Informe Preliminar -----	2	65	Report), Dres. Roy J. Stones y Lymphogranuloma Inguinale (Case Andrés Franceschi -----	6	237
Fernós Isern, A., Introducción al estudio de las enfermedades cardiovasculares en Puerto Rico -----	3	83	Madura Font in Puerto Rico - Case Report, R. Busó Carrasquillo -----	12	452
Figuerola, Leopoldo, Informes anuales del Hospital de Maternidad de San Juan, años 1931-38 -----	7	255	Malignant Bone Tumors with a review of Three Cases, Dr. J. R. Bierley -----	3	112
Font, J. H., Las Sinusitis en los Niños. Puntos de vista del otorrinolaringólogo -----	9	326	Martínez Rivera, E., Las enfermedades venéreas desde el punto de vista de la salud pública -----	11	403
Gaetán, L. R., One hundred cases of Bilateral Artificial Pneumothorax, Preliminary Report -----	4	123	Medicine in Prospect, Preventive, Dr. George W. Bachman -----	1	17
Indications for Thoracoplasty -----	10	382	Médula Osea, Aplasia o Hipoplasia de la, Dres. Ramón M. Suárez, Juan Sabater y R. Busó Carrasquillo -----	10	367
Guzmán Rodríguez, M., Cáncer primitivo del pulmón -----	2	56	Morales, Luis M. Las Sinusitis en los Niños. Complicaciones neurológicas y psiquiátricas -----	9	337
Gutiérrez Ortiz, V., Ovulación-mestruo y concepción a la luz de la endocrinología -----	4	141	Multiple Myeloma - Case Report, Ramón M. Suárez, R. Busó Carrasquillo and Juan Sabater -----	12	443
Hernia, Strangulated - Reduction en Masse, Dr. Jorge del Toro -----	5	178	Muñoz Mac Cormick, C. E., Sulphanilamide in the Treatment of Ludwig's Angina (Case Report) -----	6	220
Indications for Thoracoplasty, Dr. L. R. Gaetán -----	10	382	Nephrotic Syndrome, The, Dr. Dana W. Atchley -----	2	39
Indice del año 1938 -----	12	465	Noticias Médico-Sociales -----	1	37
Informe del Presidente de la Asociación Médica de Puerto Rico, diciembre 17, 1937 -----	1	22	Noticias Médico-Sociales -----	12	461
Informe de la Secretaria de la Asociación Médica de Puerto Rico, diciembre 17, 1937 -----	1	32	" " " -----	2	79
Informe del Tesorero de la Asociación Médica de Puerto Rico - Año 1937 -----	2	75	" " " -----	3	120
Informes anuales del Hospital de Maternidad de San Juan - Años 1931-38 Dr. Leopoldo Figuerola -----	7	255	" " " -----	4	169
Insulinoterapia y otras formas de tratamiento en las psicosis, Estado actual de la, José D. Jiménez -----	12	435	" " " -----	5	206
Introducción al estudio de las enfermedades cardiovasculares en Puerto Rico, Dr. A. Fernós Isern -----	3	83	" " " -----	6	239
Jiménez, José D., Estado actual de la insulinoterapia y otras formas de tratamiento en las psicosis -----	12	435	" " " -----	7	285
Koppisch, Enrique, -----			" " " -----	8	315
			" " " -----	9	363
			" " " -----	10	396
			" " " -----	11	425
			" " " -----	12	461
			Noya Benítez, J., Cancer of the Rectum -----	8	296
			Oftalmía gonocócica con la sulfanilamida, El tratamiento de la, Informe preliminar, Dres. Luis J. Fernández y Ricardo F. Fernández -----	2	65
			Ortiz, Antonio, Las Sinusitis en los Niños. Aspectos pediátricos -----	9	319

	No.	Pag.		No.	Pag.
Ovulación-menstruo y concepción a la luz de la endocrinología, Dr. V. Gutiérrez Ortiz -----	4	141	Puntos de vista del otorrinolaringólogo, Dr. J. H. Font -----	9	326
Pancreatitis y de sus secuelas, Tratamiento médico de la, Dr. A. Rodríguez-Olleros -----	2	47	Diagnóstico radiológico, Dr. José Landrón -----	9	330
Passalacqua, Luis A.,			Complicaciones neurológicas y psiquiátricas, Dr. Luis M. Morales -----	9	337
Anotaciones sobre la Penumonolisis intrapleurale de Jacobaeus --	5	173	Slagle, T. D.		
Pena de Muerte, La, (Informe de la Asociación Médica de Puerto Rico - Etiología y Terapéutica del Delito - Causas predisponentes sociales y biológicas - Profilaxia y Terapéutica adecuadas) -----	7	241	Treatment of Ulcers of the Leg --	2	70
Pielitis gravidicas, Algunas consideraciones sobre las, Dr. L. A. Balasquide -----	3	105	Smith, Jacob,		
Pietri, Raúl,			Preoperative and Postoperative Management in Thoracoplasty --	11	412
Diagnóstico y tratamiento de los traumatismos intracraneales -----	4	130	Soto Rivera, M., y J. R. Ramos Mimoso,		
Pneumonolisis intrapleurale de Jacobaeus, Anotaciones sobre la, Dr. Luis A. Passalacqua -----	5	173	Diagnóstico comparativo - Clínica y radiológicamente de las Colelitiasis. Bosquejo del tratamiento de las Colecistopatías -----	1	9
Pneumothorax, One hundred cases of Bilateral Artificial - Preliminary Report - Dr. L. R. Gaetán --	4	123	Stokes, Roy J. y Andrés Franceschi, Lymphogranuloma Inguinale (Case report) -----	6	237
Pregnancy, Toxemias of, Dr. Jenaro Suárez -----	8	287	Strangulated Hernia - Reduction en Masse, Dr. Jorge del Toro -----	5	178
Preventive Medicine in Prospect, Dr. George W. Bachman -----	1	17	Suárez, Jenaro,		
Priapismo. Algunas consideraciones y presentación de un caso interesante, Dr. Julio E. Colón -----	10	386	Toxemias of Pregnancy -----	8	287
Programa científico de la Asamblea Anual, Relación avanzada del, --	11	428	Suárez, Ramón M.		
Psicosis, Estado actual de la insulino-terapia y otras formas de tratamiento en las, José D. Jiménez	12	435	Digital - Experiencias con la Digilanida Sandoz -----	6	235
Pujadas Díaz, M.,			Suárez, Ramón M., R. Busó Carrasquillo and Juan Sabater,		
Enfermedad Celiaca. Algunos aspectos de su tratamiento -----	1	4	Aplasia o Hipoplasia de la Médula Osea -----	10	367
Pulmón, Cáncer primitivo del, Dr. M. Guzmán Rodríguez -----	2	56	Multiple Myeloma - Case Report	12	443
Pulmonary Tuberculosis in the Adult, The Treatment of Active, Chronic, Col. A. T. Cooper -----	3	92	Sulfanilamida, El tratamiento de la oftalmía gonocócica con la - Informe preliminar, Dres. Luis J. Fernández y Ricardo F. Fernández -----	2	65
Rectum, Cancer of the, Dr. J. Noya Benítez -----	8	296	Sulphanilamide in the Treatment of Ludwig's Angina, (Case report), Dr. C. E. Muñoz Mac Cormick --	6	220
Revista de Revistas -----	10	400	Syndrome. The Nephrotic, Dr. Dana W. Atchley -----	2	39
Rodríguez-Olleros, A.,			Thoracoplasty, Indications for, Dr. L. R. Gaetán -----	10	382
Tratamiento médico de la pancreatitis y de sus secuelas -----	2	47	Thoracoplasty, Preoperative and Postoperative Management in, Dr. Jacob Smith -----	11	412
Salud Pública, Las enfermedades venéreas desde el punto de vista de la, Dr. E. Martínez Rivera --	11	403	Toro, Jorge del,		
Sífilis, Consideraciones preliminares al tratamiento de la, Dr. R. Arrillaga Torrens -----	5	184	Consideraciones acerca de la apendicitis -----	6	225
Signs and Symptoms of Acute Appendicitis, An Evaluation of the, Dr. Kermit Brau -----	4	138	Strangulated Hernia - Reduction en Masse -----	5	178
Sinusitis en los niños, Las Aspectos pediátricos, Dr. Antonio Ortíz -----	9	319	Toxemias of Pregnancy, Dr. Jenaro Suárez -----	8	287
			Tratamiento de la oftalmía gonocócica con la sulfanilamida, El - Informe preliminar - Dres. Luis J. Fernández y Ricardo F. Fernández -----	2	65
			Tratamiento Médico de la Pancreatitis y de sus secuelas, Dr. A. Rodríguez-Olleros -----	2	47

	No.	Pag.		No.	Pag.
Traumatismos intracraneales, Diagnóstico y tratamiento de los, Dr. Raúl Pietri -----	4	130	Tuberculosis in the Adult, The treatment of Active, Chronic, Pulmonary, Col. A. T. Cooper --	2	92
Treatment of Active, Chronic, Pulmonary Tuberculosis, The, Col. A. T. Cooper -----	3	92	Tumors with a review of Three cases, Malignant Bone, Dr. J. R. Bierley -----	3	112
Treatment of Ulcers of the Leg, Dr. T. D. Slagle -----	2	70	Ulcers of the Leg, Treatment of, Dr. T. D. Slagle -----	2	70

Tin-Tabs [Cole]

IN THE TREATMENT OF

Staphylococcic Skin Lesions

Tin-Tabs (tin oxide, $\frac{1}{2}$ gr.; metallic tin, 1-4/5 gr.; amylum, 1 gr.; sucrose, 1 gr.) have been successfully employed in the unsurgical treatment of staphylococcic skin lesions. Their administration leads to increased resistance to the Staphylococcus, producing rapid disappearance of the manifestations of infection. The lesions often decrease in size, pain is often overcome, and resorption promptly takes place. When given sufficiently early, Tin-Tabs (Cole) frequently prevent suppuration. Incision is usually not required. Tin-Tabs (Cole) are employed in the treatment of furuncles, carbuncles, and styes. When indicated, hot wet dressings may be employed in conjunction with Tin-Tabs. Descriptive literature sent upon request.

• • •
COLE CHEMICAL CO.

ST. LOUIS, MO.

DISTRIBUTOR:

ENRIQUE VELEZ POSADA

12 O'Donnell St. Box 1017 — San Juan, Puerto Rico.

Insignias de Médico



Nos place informar a nuestros compañeros que ya tenemos nuevamente en existencia las insignias para automóviles con el nombre de nuestra asociación.

El precio de dichos emblemas es de \$2.50 cada uno, y los socios podrán adquirirlo dirigiéndose al suscribiente o en el edificio de la Asociación.

Dr. ANTONIO ORTIZ,
Tesorero.

CUATRO FUNCIONES ESENCIALES

En el tratamiento de las enfermedades biliares

Estimular la secreción y el flujo de la bilis límpida.

Restaurar el flujo de la bilis viscosa estancada.

*Restablecer el equilibrio entre la coles-
terina y las sales biliares impidiendo que
aquella se precipite y se formen cálculos
hepáticos.*

Facilitar la evacuación intestinal.

ESTAS cuatro funciones esenciales se logran con el VERACOLATE en el que entran sales biliares (glicocolato y taurocolato de sodio) altamente purificadas, una combinación evacuante y una reducida cantidad de cápsico. Millares de médicos encuentran VERACOLATE de gran eficacia en la estasis biliar, insuficiencia funcional hepática, fermentación intestinal y desórdenes biliares en general.

Muestras a su disposición. Tenga la bondad de pedir las en una hoja de su recetario.

MARCY LABORATORIES

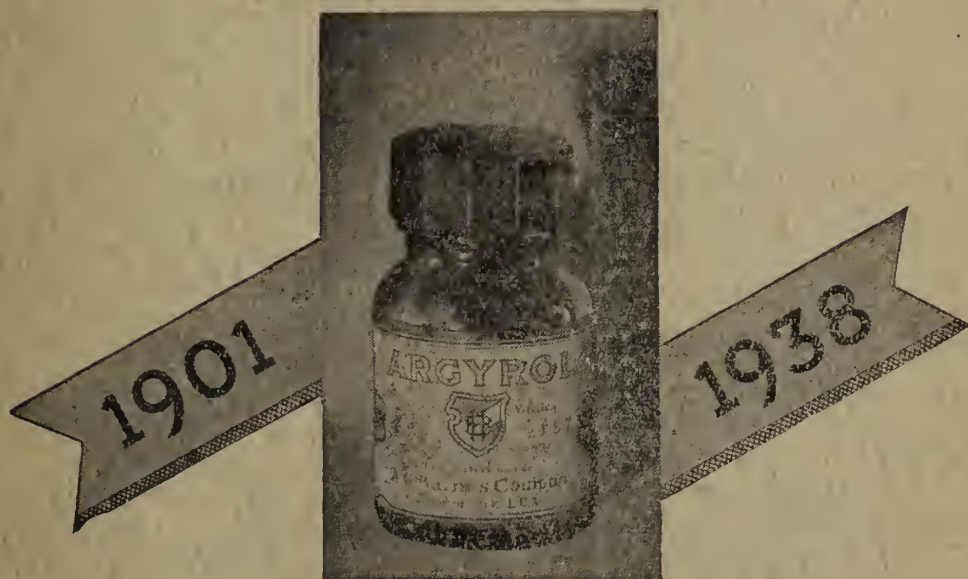
Inc.

113 West 18th Street
New York

VERACOLATE

EL ARGYROL

PARA USO POSTOPERATORIO



Después de una operación nasal o de las amígdalas, cuando lo indicado es un antiséptico ligeramente sedativo, la solución de Argylol (de 5 a 20 por ciento) ha dado resultados satisfactorios al cirujano y considerable alivio al paciente.

Aplicada directamente o con atomizador, la solución de Argylol no sólo calma los tejidos traumatizados, sino que además reduce la sensación de dolor y ardor, ayuda a impedir las reinfecciones y disminuye la inflamación, sin causar irritación a los tejidos afectados. De ese modo asegura la gratitud del paciente y produce mejores resultados quirúrgicos.

Tales resultados se explican por el efecto detergente y calmante que Ar-

gyrol ejerce sobre la membrana mucosa inflamada, no sólo de la naso-faringe, sino por todo el cuerpo.

Debe hacerse hincapié en que Argylol no es una de tantas sales de plata, sino algo sui generis, único en su clase. Presentado por primera vez en 1901. Argylol jamás ha podido ser duplicado: ninguna otra sal de plata contiene ésta en las mismas condiciones físicas o químicas, ni proteína de tan alta calidad ni tan adaptable. Además, Argylol es la única sal de plata que no se vuelve más irritante al aumentarse su concentración. Si usted insiste en exigir el nombre BARNES en todas las soluciones que pida o recete, podrá obtener los resultados que tiene derecho a esperar de Argylol.

S38A6

Argylol es fabricado solamente por A. C. BARNES



A. C. BARNES COMPANY, INC., NEW BRUNSWICK, N. J.
DESDE HACE 35 AÑOS, FABRICANTES EXCLUSIVOS DEL ARGYROL Y EL OVOFERRIN

"Argylol" es un producto de marca registrada, propiedad de A. C. Barnes Co., Inc.



Preparado con aceites de hígados de pescado de alta potencia vitamínica. Cada glóbulo contiene: Vitamina A, 8,500

unidades internacionales; Vitamina D, 1,700 unidades internacionales, en aceite de hígados de pescado, 0.18 cc.

GLOBULOS HEPICOLEUM COMPUESTO (VITAMINAS A, B₁, B₂, C, y D, LILLY)

Para el tratamiento o la profilaxis de avitaminosis múltiples. Cada glóbulo contiene: Vitamina A, 6,200 unidades internacionales; Vitamina D, 900 unidades internacionales (contenidas en aceite de hígados de pescado, 0.2 cc.);

Vitamina B₁, 50 unidades internacionales; Vitamina B₂, 10 unidades Sherman; Vitamina C, 200 unidades internacionales (Ácido Ascórbico, 10 mg); Reactivo de Lloyd, c.s. para hacer un glóbulo.

Lilly

ELI LILLY AND COMPANY
INDIANAPOLIS, INDIANA, E. U. A.



